80 Fälle von Ovariotomie aus der gynäkologischen Universitäts-Klinik zu Königsberg

in der Zeit

vom 11. Mai 1889 bis 13. Februar 1892.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Königsberg in Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt und nebst den beigefügten Thesen

öffentlich vertheidigt

am Montag den 29. Februar 1892, 11½ Uhr Vormittags

von

Rudolf Bandisch,

pract. Arzt.

Opponenten:

Herr **Wolfgang Prutz**, pract. Arzt,

Herr **Eugen Riess**, pract. Arzt.

Königsberg i. Pr.

Druck von M. Liedtke, Bergplatz 7.

1892


BIBLIOTEKA
W TORUNIU
UNIWERSYTECKA


Stadtbibliothek
Königsberg (Pr)

Dem Andenken

seines lieben Vaters

der Verfasser.

Im folgenden gebe ich eine Zusammenstellung von 80 Ovariotomien, welche in der Zeit vom 11. Mai 1889 bis 13. Februar 1892 in der Königsberger gynäkologischen Universitätsklinik operiert worden sind. Es ist gewissermassen eine Fortsetzung der im Jahre 1889 von Dobczynski veröffentlichten Übersicht über 100 derartige Operationen aus der genannten Anstalt. Die Zusammenstellung umfasst ausschliesslich die cystischen Tumoren des Ovarium bezw. Parovarium, während die soliden Geschwülste keine Berücksichtigung finden.

Bevor über die Krankengeschichten der einzelnen, zur Operation gekommenen Fälle berichtet wird, dürfte ein kurzer Hinweis auf das in der Königsberger Klinik gebräuchliche und bewährte Verfahren bei den Ovariotomien von Interesse sein, zumal die von Dobczynski seiner Zeit gemachten Angaben einiger Ergänzung bedürfen. In Ermanglung eines Operationssaales muss jedesmal ein Krankenzimmer durch eine recht umständliche Procedur in einen den modernen Anschauungen einigermassen genügenden Operationsraum umgewandelt werden. Die Laparotomieen finden stets in den frühen

Vormittagsstunden statt. Die zu Operierende muss in den letzten Tagen regelmässig abführen und erhält täglich ein warmes Bad. Am Operationstage muss sie nochmals baden und wird mit frischer Wäsche versehen. Die Reinigung des Operationsfeldes wird in der Art vollendet, dass der Leib mit grüner Seife und 3 % Karbolsäure unter Zuhilfenahme einer Bürste gründlich abgeseift und dann einschliesslich der pubes rasiert wird. Nach Abspülung mit Karbolsäure erfolgt eine Reinigung mit einem in Äther getauchten Wattebausch, woran sich eine Waschung mit Sublimatlösung (1 : 2000) anschliesst. Bis zum Beginn der Operation wird das desinfizierte Terrain mit einer in Karbolsäure ausgedrückten Wattekompresse bedeckt. Die Umgebung des Operationsfeldes wird mit Gummidecken belegt, über welche in Karbolsäure ausgedrückte Gazetücher ausgebreitet sind. Die Instrumente (besonderes Laparotomiebesteck) werden nach jeder Operation umständlich gereinigt und ausgekocht; $^1/_2$ Stunde vor der Operation werden sie in 5 % Karbolsäure gelegt. Zum Tupfen sind die früher allgemein üblichen Schwämme ausser Gebrauch gesetzt. Statt dessen werden gerollte Gazekompressen oder auch mit Sägespänen angefüllte Säckchen aus Gaze angewendet. Die Tupfer liegen teils in Sublimatlösung teils in Borsäure; innerhalb der Bauchhöhle werden ausschliesslich Tücher aus blutwarmer Borsäure benutzt. Zur Versorgung des Stieles hat sich seit mehreren Jahren die Umschnürung mit einer Gummiligatur bewährt. Nur ausnahmsweise wird der Stiel, dann in zwei oder mehreren Portionen mit starken Seidenfäden unter-

bunden. Zu allen übrigen Unterbindungen sowie zu den meisten Nähten wird gleichfalls Seide verwendet. Nur zum Schlusse der Bauchwunde haben in den beiden letzten Jahren mit bestem Erfolge Silberplattennähte Verwendung gefunden. Bei der Operation selbst wird grosser Wert auf wenig Assistenz gelegt. Es dient ein Assistent zur direkten Hilfsleistung bei der Operation, einer zur Leitung der Narcose, ein dritter zum Reichen der Instrumente. Eine ständige Wärterin besorgt die Verabfolgung von Tupfern, Tüchern und Verbandmaterial. Hervorgehoben werden muss noch, dass ein für allemal bei jeder Operation denselben Assistenten dieselben Funktionen zuerteilt sind. Selbstverständlich dürfen weder die Assistenten noch die Zuschauer, von denen in der Regel zwei zugezogen werden, innerhalb der letzten 24 Stunden mit infectiösen Gegenständen in Berührung gekommen sein — Nach beendeter Operation wird die Kranke gesäubert; die Laparotomiewunde wird mit Jodoformpulver bestreut und dann nach einander mit einer Schicht feuchter, dann trockener Jodoformgaze, endlich mit mehreren Lagen Verbandwatte bedeckt; zur Fixation und Kompression dienen breite Flanellbinden. — Was die Nachbehandlung anbetrifft, so muss die Operierte während der ersten 4—5 Tage streng horizontale Rückenlage einhalten. Von einer Hungerdiät wird abgesehen; es wird vielmehr gleich am ersten Tage verdünnter Wein in geringen Quantitäten gestattet. Die Neigung zum Erbrechen wird durch Eisstückchen bekämpft. Zur Nacht oder auch früher, sobald sich Wundschmerzen einstellen, wird ein Suppositorium von Opium

(0,06) eingeführt. Am dritten Tage wird neben Wein kalte Milch gegeben; alsdann geht man zu geschabtem Fleisch und so allmählich zu fester Diät über. Während der ersten beiden Tage wird alle 4—5 Stunden der Urin abgenommen; etwa am 6. bis 7. Tage wird durch Eingiessungen für Stuhl gesorgt. Am 10. Tage wird der Verband abgenommen und, wenn Heilung eingetreten ist, durch einen leichten Heftpflasterverband ersetzt. Durchschnittlich am 14. Tage verlässt die Operierte das Bett.

Die nun folgenden Krankengeschichten gebe ich, nach dem Operationsdatum geordnet, in aller Kürze wieder. Nur wo ein besonderes Interesse vorliegt, wird der Bericht ausführlicher.

---

1. R. F. 39 jährige Buchbinderfrau. Rechtsseitige Ovarialcyste mit vielfachen Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 5. Mai 1889. Patientin, in ihrer Kindheit angeblich gesund, ist seit dem 16. Lebensjahre regelmässig menstruiert worden. In 19jähriger Ehe hat sie fünf normale Puerperien durchgemacht. Nach der letzten Niederkunft vor $3^1/_2$ Jahren erkrankte sie am siebenten Tage des Wochenbettes mit heftigen Unterleibsschmerzen und lag 7 Wochen zu Bett. Danach bemerkte sie in der rechten Unterbauchgegend eine faustgrosse harte Geschwulst, welche allmählich zur jetzigen Grösse angewachsen ist. Periode seitdem unregelmässig. — Status: Mittelgrosse Frau in mässigem Ernährungszustand. Abdomen, besonders in den untern Partien, vorgetrieben. Man findet dort einen mannskopfgrossen harten Tumor von unregelmässig knolliger Oberfläche. Derselbe ist wenig verschieblich und bei der Palpation nicht schmerzhaft. Uterus nicht verlagert; auf der rechten Seite lässt

er sich nicht deutlich abgrenzen. Er wird beim Emporziehen der Geschwulst in gewissem Grade mitbewegt. Das linke Ovarium ist deutlich zu fühlen, das rechte gar nicht. Bei der Untersuchung in Narcose lässt sich der Tumor nach allen Richtungen verschieben und abgrenzen und erscheint aus einzelnen faustgrossen Knollen zusammengesetzt. Diagnose: Ovarialcyste. — Am 11. Mai Ovariotomie. 10 cm langer Schnitt in der linea alba zwischen Nabel und Symphyse. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich die Cyste, welche in ihrem oberen Abschnitt in das mit ihr verlötete Netz eingehüllt erscheint. Daneben verschiedene flächenhafte und strangförmige Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand. Die Adhäsionen werden teils stumpf, teils zwischen zwei Ligaturen, durchtrennt. Alsbald gelingt es mit einiger Mühe, den Tumor herauszuwälzen. Derselbe besteht aus mehreren wallnuss- bis kleinkindkopfgrossen Cysten, welche sich traubenförmig um einen von der rechten Beckenhälfte herkommenden Stiel anordnen. Der Stiel wird mit einer Gummiligatur umschnürt und nach Abtragung der Cyste versenkt. Schluss der Bauchwunde durch Seidensuturen. — Die Heilung nimmt einen normalen Verlauf. Beim Verbandwechsel am zehnten Tage findet man die Laparotomiewunde bis auf einen schmalen rein granulierenden Streifen per primam verheilt. Anlegung eines Heftpflasterverbandes. Am 1. Juni wird Patientin geheilt entlassen.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii proliferum glandulare.

2. M. K. 38jährige Fischerfrau. Linksseitige Ovarialcyste. Heilung durch einen Bauchdeckenabscess sowie durch ein parametritisches Exsudat verzögert.

Aufgenommen den 10. Mai 1889. Patientin will als Kind gesund gewesen sein, ist seit dem 16. Jahre regelmässig menstruiert worden. Sie hat sechs normale Puerperien — das letzte vor 4 Jahren — und zwei Aborte durchgemacht. Das jetzige Leiden begann vor 2 Jahren mit Schmerzen im Unterleibe und Aufhören der Periode. In der hiesigen Klinik wurde ein parametritisches Exsudat gefunden. Später stellten sich

wieder Schmerzen in der linken Seite des Leibes ein, welche schliesslich die Kranke zu jeder Arbeit unfähig machten. Dabei starke Menstruationsblutungen und in letzter Zeit Kopfschmerzen und Schwindelgefühl. — Status: Grosse, magere, etwas blass aussehende Frau. Im Abdomen fühlt man links über der Symphyse einen faustgrossen harten Tumor und links oben einen zweiten fluctuierenden Tumor von der Grösse eines Kindskopfes, welcher mit dem ersteren durch einen Stiel zusammenzuhängen scheint. Bei der combinierten Untersuchung lässt sich von dem nach rechts verlagerten Uterus der zweite Tumor deutlich abgrenzen. — Bei der Laparatomie am 18. Mai findet man eine dünnwandige Cyste, welche sich leicht aus der Bauchhöhle hervorziehen lässt und mit einem kurzen Stiel von der linken Kante des durch ein Fibrom vergrösserten Uterus entspringt. Von der Exstirpation des Fibrom wird Abstand genommen. — Patientin zeigt gleich in den ersten Tagen Fieberbewegungen bei ziemlich gutem Allgemeinbefinden. Beim ersten Verbandwechsel fand man den unteren Wundwinkel klaffend und drei Suturen vereitert. Späterhin wird noch die Spaltung eines in der Nähe des untern Wundwinkels gelegenen Abscesses notwendig. Die weitere Wundheilung nimmt einen normalen Verlauf unter Jodoform- und Höllensteinsalbenverbänden. Etwa 4 Wochen nach der Operation fühlt man links unterhalb des Nabels eine handtellergrosse schmerzhafte Resistenz, welche als ein um die Gummiligatur des versenkten Cystenstieles entstandenes Exsudat angesprochen wird. Bei der Entlassung am 28. Juni ist das Exsudat noch deutlich vorhanden, jedoch nicht druckempfindlich.

Im Oktober 1889 stellt sich Patientin wieder vor mit einer kindskopfgrossen Hernia ventriculi. Die Periode war nach der Operation regelmässig aufgetreten. Der Uterus ist von normaler Grösse; links von ihm fühlt man einen unregelmässigen harten Knollen.

3. E. J., 60jährige Landwirtswittwe. Doppelseitige Colloidcyste des Ovarium. Am dritten Tage nach der Operation Tod infolge von Peritonitis.

Aufgenommen den 11. Mai 1889. Patientin will in der Jugend gesund gewesen sein und ist seit dem 17. Jahre

regelmässig menstruiert worden. Im Alter von 20 Jahren heiratete sie und hat 6 normale Puerperien durchgemacht; seit 10 Jahren Menopause. Im Herbst 1888 bemerkte sie eine kleine Geschwulst im Leibe, welche bei körperlicher Anstrengung heftige Schmerzen verursachte. Seit 2 Monaten schwillt der Leib rapid an; dabei ist die Patientin abgemagert. — Status: Mittelgrosse, gracile Frau in dürftigem Ernährungszustand; Gesichtszüge leidend; Hautdecken dünn und schlaff. Untere Lungengrenzen in die Höhe gedrängt; Brustorgane im übrigen gesund Abdomen sehr stark und gleichmässig aufgetrieben. Leibesumfang in Nabelhöhe 104 cm. Bauchhaut dünn und gespannt; deutliche Venenzeichnung. Das Abdomen giebt grosswellige Fluctuation. Percussionsschall leer bis auf eine am Rippenbogen gelegene Zone tympanitischen Schalles. Bei der combinierten Untersuchung fühlt man vom hintern Scheidengewölbe bei starkem Druck auf die Bauchdecken eine prall gespannte Geschwulst. Durch eine Probepunktion wird zähe Flüssigkeit entleert und hierdurch die Diagnose einer Ovarialcyste gesichert. — Am 18. Mai Ovariotomie. Aus der eröffneten Bauchhöhle quellen allseitig géléeartige Massen hervor, welche sich durch die erweiterte Punctionsöffnung in den freien Bauchraum ergossen hatten. Die Wand der übermannskopfgrossen Cyste ist so morsch, dass sie wiederholt beim Hervorziehen einreisst. Endlich gelingt es den Tumor herauszuwälzen. Versorgung des von der linken Uteruskante entspringenden Stieles mit einer Gummiligatur. Nach Abtragung dieser Cyste findet man einen zweiten faustgrossen, mit dünnem Stiel aus der rechten Beckenhälfte entspringenden Tumor, welcher gleichfalls entfernt wird. Toilette des Peritoneum. Die Serosa des Darmes erscheint vielfach verdickt, blaurot, stellenweis mit fibrinösem Belag bedeckt. Schluss der Bauchwunde durch tiefe und oberflächliche Seidensuturen. Dauer der Operation $^3/_4$ Stunden — Patientin kann sich von dem operativen Eingriff nicht erholen. Trotz reichlicher Anwendung von Excitantien erfolgt am 21. Mai unter den Erscheinungen zunehmenden Collapses der exitus letalis. — Bei der Obduction findet man lockere Verklebung der Darmschlingen. Die Serosa erscheint dunkelrot, stellenweise schwärzlich verfärbt; auf den

Schlingen ein rötlicher, zum Teil abstreifbarer Belag. Aus der Bauchhöhle entleeren sich etwa 2 Liter einer visciden glasigen, gelbrötlichen mit Eiterfetzen vermischten Flüssigkeit. Auf der Darmserosa bleiben noch Gallertmassen zurück, unterhalb deren ein fibrinös eitriger Belag liegt. Sämtliche Beckenorgane teils mit gallertigem Beschlage, teils mit fibrinös eitrigen Massen bedeckt. Auf der Leber reichliche Auflagerungen ähnlicher Natur, kleine hämorrhagische Herde unter der Serosa. Das linke Ovarium zeigt sich als ein von der Tube umfasster apfelgrosser Tumor, der colloiden Inhalt entleert und aus mehreren dünnwandigen Cysten besteht. Vom rechten Ovarium nichts zu erkennen. Im cavum uteri blutiger Schleim. Milz von weicher zerfliesslicher Consistenz; Pulpa dunkelkirschrot. Leber schlaff von normaler Grösse, zeigt auf dem Durchschnitt deutliche Muskatnusszeichnung; Peripherie der Läppchen gelbbraun, Centrum dunkelrot. Aus beiden Lungen wird auf Druck blutige schaumige Flüssigkeit entleert, sonst normaler Befund. An der Herzoberfläche mässiges Fettgewebe. Muskel schlaff, blass. An den Klappen und Intima der Aorta fettige Degenerationsherde.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii proliferum colloides.

4. B. B., 18jährige Instmannstochter, unverh. Rechtsseitige Colloidcyste des Ovarium. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 6. Juni 1889. Patientin war als Kind stets gesund, ist seit dem 16. Jahre regelmässig menstruiert worden. Seit Mai 1888 ist die Periode ausgeblieben; seit der Zeit ist der Leib allmählich angeschwollen. Patientin hält sich für schwanger, hat jedoch nie Kindsbewegungen gespürt. — Status: Mittelgrosses, nicht sehr kräftig gebautes Mädchen. Mässiger Hochstand des Zwerchfells. Abdomen, besonders rechts, stark vorgewölbt; Bauchhaut straff gespannt; grösster Leibesumfang in Nabelhöhe 102 cm. Percussionsschall über der Auftreibung gedämpft. Palpation giebt wegen der straffen Bauchdecken undeutlichen Befund. Per vaginam ist von einer Geschwulst nichts zu fühlen. Da eine exacte Diagnose nicht gestellt werden kann, wird

eine Probeincision beschlossen, welcher event. gleich die Radicaloperation nachgeschickt werden soll. Am 22. Juni Eröffnung der Bauchhöhle durch einen 4 cm langen Schnitt in der linea alba. Es präsentiert sich unter dem schwartig verdickten Peritoneum der prall gespannte Tumor, welcher nach einer Probepunction als Ovarialcyste erkannt wird. Es wird nun gleich die Bauchwunde erweitert und zur Ovariotomie geschritten. Mehrere, zum Teil sehr blutreiche Adhäsionen mit dem Netz und der vorderen Bauchwand müssen zwischen zwei Ligaturen durchschnitten werden. Der lang ausgezogene breite Stiel kommt aus der rechten Beckenhälfte. — Die Heilung erfolgt ohne Störung. Am 18. Juli Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii proliferum glandulare.

5. A. M., 49jährige Kaufmannsfrau. Grosse rechtsseitige Ovarialcyste mit mangelhafter Stielbildung und zahlreichen Adhäsionen. Am III. Tage nach der Operation exitus letalis infolge von Herzinsufficienz.

Aufgenommen den 26. Juni. Patientin lebt seit 16 Jahren in steriler Ehe. Vor 6 Jahren erkrankte sie mit heftigen Schmerzen im Unterleib, ohne Fieber, und verfrüht eintretender Menstrualblutung. Es bestand 4 Wochen lang mässige Blutung; dann setzte die Periode $1/2$ Jahr aus. Vor $1\,1/4$ Jahren ein ähnlicher Krankheitsanfall. Seitdem bestehen Schmerzen, welche nur bei Bettruhe nachlassen und bei der Periode heftiger werden. Seit Beginn ihres jetzigen Leidens bemerkt Patientin eine anfänglich langsam, in letzter Zeit rasch zunehmende Schwellung des Leibes. Die Periode hat 6 Monate ausgesetzt, kehrte dann in normaler Weise wieder. In den letzten 3 Monaten wurde von einem Arzt dreimal die Punction des Abdomens vorgenommen, wobei bis 20 Liter einer trüben schmutzigen Flüssigkeit entleert sein sollen.

Status: Mittelgrosse, dürftig genährte Frau. Keine Oedeme. Untere Lungengrenze bis zur 4. Rippe in die Höhe gedrängt; Auscultation ergiebt normale Verhältnisse; Herztöne rein, sehr frequent. Abdomen sehr stark und gleimässig aufgetrieben. Umfang in Nabel-

höhe 115,5 cm; Abstand von der Symphyse zum Nabel 27 cm, vom Nabel zum Schwertfortsatz 23 cm. Im ganzen Abdomen grosswellige Fluctuation. Percussionsschall absolut gedämpft; nur unter dem Rippenbogen findet sich eine schmale Zone, desgleichen in der Lumbalgegend ein kleiner Bezirk tympanitischen Schalles. Die Percussionsverhältnisse ändern sich nicht bei Lagewechsel. Introitus und vagina ziemlich eng. Uterus retroflectiert und etwas nach links verlagert. Von der Geschwulst per vaginam nichts zu fühlen. — Am 29. Juni Ovariotomie. Ein 15 cm langer Schnitt in der Mittellinie eröffnet das Abdomen; derselbe muss im Verlaufe der Operation bis 5 cm über den Nabel hinaus verlängert werden. Der Tumor ist mit der Bauchwand locker und mit dem grossen Netz durch feste Adhäsionen verwachsen. Nach Durchtrennung derselben und nach ausgiebiger Entleerung des Cysteninhalts mit dem Spencer Wells'schen Troicart gelingt es, den Tumor aus der Bauchhöhle herauszuwälzen. Eine eigentliche Stielbildung ist nicht vorhanden. Es wird daher um den unteren ziemlich verjüngten Teil der Cyste, welcher aus der rechten Beckenhälfte zu entspringen scheint, eine Gummiligatur gelegt und oberhalb derselben die Cyste abgetragen. Schluss der Bauchwunde durch Seidensuturen. Dauer der Operation $^3/_4$ Stunden.

Nach der Operation erfolgt zweimaliges Erbrechen. Am Abend Temperatur 38⁰. Puls klein, weich, frequent. Es wird reichlich Wein gegeben. Die Nacht verlief ruhig. Am andern Morgen macht Patientin einen stark collabierten Eindruck. Es wird reichlich schwerer Wein gegeben; auch eine Salzwasserinfusion per rectum wird gemacht. Die Infusion wird noch zweimal im Laufe des Tages wiederholt. Der immer mehr zunehmende Collaps kann hierdurch nicht aufgehalten werden. Am 1. Juli 6 Uhr früh erfolgt exitus letalis.

Bei der Autopsie findet man die Wundränder durchsetzt von hämorrhagischen Gerinnseln. Im cavum Douglasii und vesicouterinum teils speckhäutige, teils Cruorgerinnsel. Auf dem Peritoneum parietale eine handtellergrosse $1^1/_2$ cm dicke Auflagerung von sepiabrauner Farbe — ein alter Bluterguss. Meteorismus des colon transversum und eines Teils der Dünndärme. Andere

collabierte Darmschlingen liegen zwischen Fibringerinnseln im kleinen Becken. Rechts vom Uterus der von der Tube und einem Teil des lig. latum gebildete Stiel der exstirpierten Geschwulst. Linke Tube in ihrem distalen Ende erweitert; Fimbrien nach hinten umgeschlagen und verschlossen. In einer dadurch gebildeten Tasche findet sich das linke Ovarium. Letzteres erscheint normal. Die erweiterte Tube enthält bräunlichen dünnflüssigen Inhalt. Die übrigen Organe bieten nichts besonderes dar.

Path.-anatom. Diagnose: Cystoma ovarii proliferum glandulare.

6. F. M., 43jährige Ingenieurfrau. Rechtsseitige vielkammerige Colloidcyste des Ovarium. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 18. Juli 1889. Patientin hat vor 14 Jahren ihre erste und einzige Entbindung durchgemacht. Das Wochenbett verlief normal. Seit $1^1/_2$ Jahren bemerkt sie ein allmähliches Anschwellen des Leibes. Die Periode trat seitdem viel stärker auf, sie dauerte zuweilen 9 Tage lang. — Bei der mittelgrossen gracilen Frau constatiert man in dem stark halbkuglig vorgetriebenen Abdomen einen grossen, glattwandigen, fluctuierenden Tumor und demselben nach oben zu flach aufsitzend einen gänseeigrossen Höcker. Per vaginam ist die untere Kuppe der Geschwulst bei combinierter Untersuchung gerade zu erreichen. — Bei der am 20. Juli vorgenommenen Ovariotomie findet man eine mehrkammerige, nirgends adhärente Cyste, deren Stiel aus dem rechten Parametrium herstammt. — Die Heilung erfolgt ohne Störung. Am 11. August Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii colloides multiloculare.

7. B. B., 44jährige Arbeiterfrau. Linksseitige Ovarialcyste, mehrfach adhärent. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 9. Oktober 1889. Patientin ist seit 3 Jahren steril verheiratet. Ihr jetziges Leiden begann vor $^3/_4$ Jahren mit Schmerzen in der rechten Seite des Leibes. Derselbe ist seitdem allmählich angeschwollen. Die Periode blieb einmal aus, war sonst

regelmässig. In letzter Zeit besteht Druck auf die Blase und schmerzhafte Urinentleerung. — Status: Mittelgrosse kräftig gebaute Frau. Leichtes Ödem der Unterschenkel. Die unteren Lungengrenzen etwas in die Höhe gedrängt. Sonst zeigen die Brustorgane normale Verhältnisse. Abdomen gleichmässig halbkuglig aufgetrieben. Grösster Leibesumfang 6 cm unterhalb des Nabels 98,5 cm. Durch die stark gespannten, etwas ödematösen Bauchdecken fühlt man einen prall gespannten Tumor von glatter Oberfläche, welcher das ganze Abdomen ausfüllt. Per vaginam ist die Geschwulst nicht zu erreichen. — Bei der am 11. Oktober ausgeführten Ovariotomie findet man die vordere Wand der mannskopfgrossen Cyste mit dem Peritoneum parietale teils flächenhaft, teils durch feste Stränge verwachsen. In den hinteren Partieen bestehen festere Adhäsionen mit einzelnen Darmschlingen. Der dünne, platte, aus der linken Tube und einem Teil des lig. latum gebildete Stiel wird in zwei Portionen mit Seidenligaturen unterbunden und nach Abtragung der Cyste versenkt. — Die Heilung verlief ungestört. Am 28. Oktober Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii glandulare.

8. B. L., 55jährige Schmiedsfrau. Rechtsseitige Ovarialcyste mit vielfachen Adhäsionen. Periphlebitis der Venen des Unterschenkels und später ein pleuritisches Exsudat verzögern die Heilung.

Aufgenommen den 9. Oktober 1889. Patientin war in der Jugend bleichsüchtig. Die Periode trat erst im 20. Jahre ein und war stets regelmässig. Seit 6 Jahren besteht Menopause. Patientin lebt seit 17 Jahren in steriler Ehe. Sie leidet in den letzten Jahren an fluor albus. Seit 2 Monaten klagt sie über Schmerzen im Leibe, welche namentlich beim Heben und Arbeiten auftreten. Etwa gleichzeitig hat sie eine Anschwellung des Leibes bemerkt. Das Allgemeinbefinden hat sich während der Krankheit verschlechtert. Status: Übermittelgrosse, etwas abgemagerte und blass aussehende Frau. Am rechten Unterschenkel geringes Ödem und nicht entzündete Varicen. Emphysema pulmonum. Abdomen flach vorgewölbt, rechts stärker wie links. In der rechten unteren Bauchgegend fühlt man einen kinds-

kopfgrossen Tumor von glatter Oberfläche und prall elastischer Consistenz. Der Uterus ist nach links verlagert. Vom rechten Scheidengewölbe fühlt man eine pralle Geschwulst, welche mit der aussen fühlbaren zusammenhängt. — Bei der Laparotomie am 11. Oktober findet man eine pralle Cyste, welche mit der rechten Beckenwand durch mehrfache strangförmige Adhäsionen verwachsen ist Links und oben bestehen einzelne flächenhafte Adhäsionen mit dem Darm. Der Stiel wird von der auf Daumendicke erweiterten rechten Tube und dem angrenzenden Teile des lig. latum gebildet. Dauer der Operation $^3/_4$ Stunden. — Gleich in den ersten Tagen entwickelt sich, von den Varicen des rechten Unterschenkels ausgehend, eine Venenentzündung, welche anfänglich mit feuchtwarmen Umschlägen, später mit elastischen Einwickelungen der Extremität erfolgreich bekämpft wird. Die Laparotomiewunde heilte reaktionslos per primam. Durch das Auftreten eines übrigens rasch sich wieder zurückbildenden — pleuritischen Exsudates wird die Entlassung der Patientin bis zum 9. November hinausgeschoben.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii proliferum glandulare.

9. B. M., 16jährige Kaufmannstochter. Rechtsseitige vielkammerige Ovarialcyste. Einige Adhäsionen. Axendrehung des Stieles. Ungestörte Heilung.

Aufgenommen den 23. Oktober 1889. Patientin, bisher gesund, ist noch nicht menstruiert worden. Vor 7 Wochen stellten sich unvermutet heftige Schmerzen im Leibe ein, die in etwa 14 Tagen vorübergingen. Seit der Zeit schwillt der Leib an. — Bei dem gracil gebauten, etwas blass aussehenden Mädchen fühlt man in dem gleichmässig aufgetriebenen Abdomen einen mannskopfgrossen Tumor von glatter Oberfläche. Derselbe ist nach den Seiten verschieblich, giebt undeutliches Fluctuationsgefühl und entsendet auf der rechten Seite einen Fortsatz nach dem kleinen Becken. — Am 24. Oktober Ovariotomie. Die vordere Cystenwand erscheint mit der Bauchwand in grosser Ausdehnung locker verwachsen. Auf der rechten Seite mehrere feste Adhäsionen mit

dem grossen Netz. Man findet ferner eine Axendrehung des von der rechten Tube und dem angrenzenden lig. latum gebildeten Stieles. Nach Ligatur des letzteren muss noch eine lockere Adhäsion mit dem Scheitel der Blase gelöst werden. Am 18. November Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii multiloculare glandulare.

10. A. L., 18jährige Holzhändlertochter. Linksseitige vereiterte Dermoidcyste. Zweimalige Axendrehung des Stieles. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 1. November 1889. Patientin hat in der Jugend Masern und Typhus durchgemacht. Seit dem 13. Jahre ist sie sehr unregelmässig menstruiert worden; die Periode kam öfters mehrmals im Monate. Seit etwa 2 Jahren bemerkt Patientin eine Anschwellung des Leibes. Seit 4 Monaten treten während der menses recht heftige Schmerzen auf, welche mitunter einige Tage, mitunter einige Stunden andauern. — Status: Mittelgrosses, dürftig genährtes, etwas anämisch aussehendes Mädchen. Geringes Fieber. Untersuchung der Brustorgane ergiebt vorn normale Verhältnisse. Hinten findet man auf der linken Seite unterhalb des angulus scapula gedämpften Percussionsschall und bei der Auscultation abgeschwächtes Atmen mit bronchialem Timbre. Abdomen stark und gleichmässig aufgetrieben, giebt grosswellige Fluctuation. Percussionsschall in den abhängigen Teilen tympanitisch, im übrigen absolut gedämpft. Wegen der Schmerzhaftigkeit des Abdomen lassen sich die Grenzen der fluctuierenden Geschwulst nicht genau feststellen. — Da der Zustand der Patientin weiterhin sich besorgniserregend gestaltet, indem Zeichen beginnender septischer Infektion wie hohes Fieber, trockene Zunge, beginnende Pleuritis vorhanden sind: so wird in der Annahme, dass es sich um eine Torsion des Stieles handelt, bei einer Morgentemperatur von 39,7 am 6. November zur Operation geschritten. Nach Eröffnung des verdickten und stark vascularisierten Peritoneum präsentiert sich die mannskopfgrosse Cyste. In der Bauchhöhle eine geringe Menge freier Flüssigkeit. Die durch Troicart entleerte Cystenflüssigkeit ist von schmieriger eiterähnlicher Beschaffenheit.

Der aus dem linken Parametrium kommende fingerdicke, ziemlich lange Stiel erscheint zweimal um seine Längsaxe gedreht. Die in der Nähe des Stieles gelegenen Darmschlingen waren gerötet und mit fibrinösen Beschlägen bedeckt. — Die Heilung wird durch eine Vereiterung zweier Stichkanäle nicht aufgehalten. Am 26. November Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Vereiterte Dermoidcyste des Ovarium.

11. J. G., 31jährige Kantorsfrau. Rechtsseitige Parovarialcyste, zwischen die Blätter des lig. latum fest eingebettet. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 6. November 1889. Patientin ist seit 14 Jahren in steriler Ehe verheiratet, nur hat sie vor drei Jahren einen Abort im dritten Monat durchgemacht. In den beiden letzten Jahren war die Periode sehr unregelmässig, dauerte oft acht Tage lang und war von starken Schmerzen im Kreuz begleitet. Seit sechs Monaten schwillt der Leib an. — Status: Mittelgrosse kräftige Frau. Abdomen etwas aufgetrieben und in seinen unteren Partieen eingenommen von einem kindskopfgrossen Tumor von glatter Oberfläche und mittlerer Consistenz, dessen obere Kuppe etwa bis zum Nabel hinaufreicht. Vom rechten Scheidengewölbe aus ist die untere Kuppe der Geschwulst zu erreichen. Der Uterus etwas verlängert. — Der Tumor wurde mit Rücksicht auf seine Festigkeit, ferner auf die Verlängerung des Uterus, die Sterilität und die anteponierenden Menstrualblutungen für ein fibroma uteri gehalten. Bei der Laparotomie am 8. November fand man jedoch eine rechtsseitige Parovarialcyste, welche fest zwischen die Blätter des lig. latum eingebettet war. — Die Heilung verlief ohne Störung. Am 28. November Entlassung. — Ein Jahr später stellt sich Patientin wieder vor. Die Periode war regelmässig eingetreten. Neben dem uterus links waren zwei Knollen zu fühlen.

12. H. N., 49jährige Seifenfabrikantenfrau. Rechtsseitige vielkammerige Ovarialcyste. Axendrehung des Stiels. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 12. November 1889. Patientin hat in 33jähriger Ehe elf normale Puerperien und einen

Abort im 6. Monat durchgemacht, die letzte Entbindung vor 12 Jahren. Seit 5 Jahren Klimakterium. Vor 3 Jahren lag Patientin 8 Tage lang krank an „Unterleibsentzündung;“ dies wiederholte sich vor 2 Jahren und 3 Monaten. Bei diesem letzten Krankheitsanfall wurde vom behandelnden Arzt eine Geschwulst im Leibe entdeckt. Letztere soll seitdem grösser geworden sein. Status: Mittelgrosse, leidlich genährte, etwas blasse Frau. Im Abdomen fühlt man einen mannskopfgrossen Tumor, dessen obere Kuppe drei Finger breit über den Nabel reicht. Links von demselben, durch eine Furche getrennt, entspringt ein kleiner Tumor, welcher nach oben bis unter den Rippenbogen, nach hinten bis in die Lumbalgegend reicht. Der Tumor in toto von mittlerer Consistenz, undeutlich fluctuierend. Der Uterus, retroflektiert und nach links verlagert, folgt beim Emporziehen der Geschwulst. Die untere Kuppe derselben vom vorderen Scheidengewölbe erreichbar. — Am 16. November Ovariotomie. Die vordere Cystenwand ist mit der Bauchwand locker verwachsen. Die Cyste liegt links in und über dem Beckeneingang, so dass es anfänglich scheint, als ob sie dort ihren Ausgang genommen hätte. Bei weiterer Freilegung der Oberfläche zeigt es sich aber, dass sie nach links durch flächenhafte Adhäsionen hinübergelagert war und dass der Stiel nach dem rechten Ovarium hinüberführte. Der ziemlich brüchige Stiel ist einmal um seine Axe gedreht und von vielen kleinen Cystchen durchsetzt. Nach der Entfernung der Cyste zeigt sich im oberen Wundwinkel links die Kuppe einer weiteren Cyste. Die zufühlende Hand konnte dieselbe mit ihrer Basis bis zum linken Nierenbecken hinauf verfolgen. Man fühlt deutlich unterhalb derselben die Niere. Es handelte sich somit um eine cystische Erweiterung des Nierenbeckens. Auffallend ist dabei das normale Verhalten des Urins. Von einer Exstirpation dieser Cyste wird Abstand genommen. — Die Heilung erfolgt ohne Störung. Es wird ein allmähliches Tiefertreten des zurückgelassenen Tumor konstatiert. Bei der Entlassung am 9. Dezember war die untere Kuppe der Geschwulst vom linken Scheidengewölbe aus durchzufühlen. Beschwerden nicht

vorhanden. Patientin hat sich seitdem nicht wieder gemeldet.

Path. - anat. Diagnose: Torquierte multiloculäre Ovarialcyste.

13. L. M., 21jährige Brennereibesitzerfrau. Rechtsseitige Parovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 22. November 1889. Patientin leidet seit 5 Jahren an fluor albus und seit ihrer vor einem Jahre erfolgten Verheiratung an anteponierenden Menstrualblutungen. Seit einiger Zeit bestehen Schmerzen in der linken Seite des Leibes. — Bei der mittelgrossen kräftig gebauten Frau findet man in dem wenig vorgewölbten Abdomen einen kindskopfgrossen Tumor von glatter Oberfläche, ziemlich fester Consistenz und grosser Beweglichkeit. — Am 30. November Ovariotomie. Der lange abgeplattete Stiel entspringt aus dem rechten Parametrium. Die Cyste stellt sich heraus als eine Parovarialcyste; in der Cystenwand liegt das von zahlreichen erbsengrossen Follikeln durchsetzte Ovarium. — Der weitere Verlauf ist normal. Am 21. Dezember Entlassung.

14. J. K., 20jährige Schneiderin, unverheirathet. Rechtsseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 16. Januar 1890. Patientin war als Kind viel krank; sie ist seit dem 14. Jahre regelmässig menstruiert worden. Seit Juni 1889 merkt sie, dass der Leib anschwillt. — Bei der sonst kräftigen und gesunden Patientin ist der Leib gleichmässig halbkuglig aufgetrieben, die Bauchdecken stark gespannt. Abdomen ausgefüllt von einem mächtigen, grosswellige Fluctuation darbietenden Tumor von gleichmässig glatter Oberfläche. Oberhalb des Nabels fühlt man Schneeballenknirschen. Vom vorderen Scheidengewölbe aus ist die Kuppe der Geschwulst zu erreichen. — Am 18. Januar Ovariotomie. Der 3—4 cm breite Stiel wird aus der rechten Tube und dem angrenzenden Teil des lig. latum gebildet. — Die Heilung erfolgt ohne Störung. Am 1. Februar Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii uniloculare.



15. H. H., 48jährige Arbeiterfrau. Linksseitige vielkammerige Ovarialcyste. Heilung durch kleine Bauchdeckenabscesse nicht sonderlich gestört.

Aufgenommen den 17. Januar 1890. Patientin hat in 28jähriger Ehe eine normale Entbindung und drei Aborte durchgemacht, den letzten vor 7 Jahren. Seit einem Jahre Menopause. Seit 2 Jahren bemerkt sie ein allmähliches Anschwellen des Leibes. — Status: Mittelgrosse, kräftig gebaute, ziemlich gut genährte Frau. Abdomen stark aufgetrieben. Hängebauch I. Grades. Der Leib ist ausgefüllt von einem mächtigen, glattwandigen, grosswellige Fluctuation darbietenden Tumor, welcher bis zum Rippensaum und zur Lumbalgegend reicht. Genitalien im Zustande beginnender seniler Atrophie. An der hinteren Muttermundslippe sitzt ein taubeneigrosser Polyp. Von der Geschwulst ist nichts zu erreichen. — Am 21. Januar wird der Uteruspolyp abgetragen; hierauf wird die Cyste punktiert und 7 Liter einer chokoladebraunen Paralbumin enthaltenden Flüssigkeit entleert. Am 25. Januar Ovariotomie. Aus der eröffneten Bauchhöhle entleeren sich 3 Liter eines der Punctionsflüssigkeit analogen fluidum. Die mannskopfgrosse, dickwandige Cyste wird durch nochmalige Punction entleert und hervorgezogen; der sehr kurze und dicke Stiel, welcher aus dem linken Parametrium kommt, wird mit einer Gummiligatur versorgt und nach Abtragung der Cyste versenkt. — Patientin hat nach der Operation dauernd etwas erhöhte Temperatur; Allgemeinbefinden dabei zufriedenstellend. Beim Verbandwechsel findet man einige Suturen vereitert und mehrere kleine Bauchdeckenabscesse. Letztere werden gespalten und ein Jodoformcollodiumverband angelegt. Der weitere Verlauf ist normal. Am 23. Februar Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii multiloculare glandulare.

16. H. L., 29jährige Instmannstochter. Rechtsseitige mehrkammerige Ovarialcyste mit vielen Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 3. Februar 1890. Patientin ist seit dem 17. Jahre regelmässig menstruiert worden. Vor 10 Wochen setzte die Periode aus und ist nicht

wiedergekehrt. Seit der Zeit schwillt der Leib an. Patientin hat dabei starke Schmerzen, besonders auf der linken Seite. Sie wurde sehr schwach und hat meist zu Bett liegen müssen. — Man findet bei der schwächlichen, im übrigen normal gebauten Person das Abdomen mässig aufgetrieben durch einen fast mannskopfgrossen undeutlich fluctuierenden Tumor von ziemlich glatter Oberfläche. Die Geschwulst ist vom linken Scheidengewölbe aus zu erreichen. Am 8. Februar Ovariotomie. Die vordere Cystenwand mit der Bauchwand locker verwachsen. Um die Cyste ausgiebig zu entleeren, ist es notwendig, dieselbe breit zu spalten und die intercystösen Septa zu zerstören. Nach Lösung zahlreicher zum Teil sehr fester Adhäsionen gelingt es, den Tumor herauszuwälzen. Versorgung des von rechts herkommenden Stieles. Schluss der Bauchwunde. — Der weitere Verlauf ist normal. Am 24. Februar Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii multiloculare.

17. M. A., 30jährige Verkäufersfrau. Rechtsseitige Parovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 18. Februar. Patientin lebt seit 4 Jahren in steriler Ehe. Seit 3 Jahren ist die bis dahin regelmässige Periode ausgeblieben. Seit 1 Jahr bestehen Schmerzen im Leibe, welche zur Zeit der zu erwartenden, aber ausbleibenden Periode exacerbieren. — Im Abdomen der kleinen gracilen Frau fühlt man einen an Grösse und Form einem Straussenei ähnelnden glatten Tumor von prall elastischer Consistenz und geringer Beweglichkeit. Von links oben nach rechts unten verläuft ein 3 Finger breiter Rand. — Bei der am 22. Februar ausgeführten Ovariotomie findet man eine nirgends adhärente, sehr dünnwandige Cyste, deren Stiel aus dem rechten Parametrium entspringt. — Die Heilung erfolgt ohne Störung. — Am 12. März Entlassung

Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste.

18. O. F., 17jährige Schneidertochter. Rechtsseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 16. März 1890. Patientin ist seit dem 14. Jahre regelmässig menstruirt worden. Seit $^1/_2$ Jahre bemerkte sie ein allmähliches Anschwellen des

Leibes und fühlt in der Mittellinie eine harte Geschwulst. Seit 3 Monaten ist die Periode ausgeblieben. Die Geschwulst ist in den letzten 3 Wochen rasch gewachsen und verursacht der Patientin Schmerzen und Atembeschwerden. — Status: Mittelgrosse, gracil gebaute Blondine. Geringes Oedem der Unterschenkel. Untere Lungengrenzen nach oben gedrängt. Abdomen sehr stark und gleichmässig aufgetrieben durch einen prallen Tumor, welcher vom Becken aufsteigend beiderseits bis zum Rippenbogen reicht. Bauchhaut prall gespannt, etwas ödematös; um den verstrichenen Nabel herum eine entzündliche Rötung. Der Tumor zeigt glatte Oberfläche und grosswellige Fluctuation. Am 23. März wird die Ovariotomie in üblicher Weise ausgeführt. Der Stiel stammt aus dem rechten Parametrium. — Der weitere Verlauf ist normal.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii glandulare.

19. H., 52jährige Gerichtsvollzieherfrau. Rechtsseitige vielkammerige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 23. März 1890. Patientin hat 5 normale Puerperien durchgemacht, das letzte vor 9 Jahren. Seit einem Jahre bemerkt sie eine Anschwellung des Leibes, welche in letzter Zeit recht beträchtlich geworden ist, jedoch keine bedeutende Beschwerden gemacht hat. Seit 5 Jahren Menopause. — Das Abdomen der im übrigen gesunden Frau ist ausgefüllt von einem grossen, weichen, fluctuierenden Tumor, welcher bis zum Rippenbogen hinaufreicht. Grösster Leibesumfang 100 cm. — Bei der Ovariotomie am 27. März findet man einige lockere Verwachsungen mit dem Netz und den Darmschlingen. Der Stiel wird von der rechten Tube und einem Teil des lig. latum gebildet. Die Heilung erfolgt ohne Störung. Am 12. April Entlassung.

Path. anat. Diagnose: Cystoma ovarii multiloculare.

20. A. F., 49jährige Wirtin, unverh. Linksseitiges, fibrosarcomatös degeneriertes Ovarialcystom. Unvollständige Exstirpation. Heilung durch vorübergehende Reizerscheinungen von Seiten des peritoneum nicht aufgehalten.

Aufgenommen den 22. März 1890. Patientin hat seit 2 Jahren bald ante-, bald postponierende Menstrual-

blutungen. Vor $^3/_4$ Jahren begann der Leib zu schwellen. Dabei Schmerzen in der linken Seite. Häufiger Urindrang. Ernährungszustand hat in letzter Zeit gelitten. — Der Leib der sonst kräftigen, etwas abgemagerten Frau ist namentlich rechts vorgetrieben. Man fühlt eine mannskopfgrosse, fluctuierende Geschwulst von anscheinend glatter Oberfläche und geringer Verschieblichkeit — Bei der Laparotomie am 22. März findet man geringe Menge freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Die ziemlich dickwandige Cyste ist nach oben und den Seiten durch ziemlich feste Adhäsionen mit dem Netz und dem Darm verwachsen. Beim Hervorziehen der zuvor entleerten Cyste reisst die Wand mehrfach ein; auf der Innenfläche derselben findet man wallnussgrosse blumenkohlartige Wucherungen. Letztere durchsetzen den ganzen Cystengrund und scheinen die breite Verwachsung der Cyste mit dem Uterus und dem linken lig. latum veranlasst zu haben. Wegen der mangelhaften Stielbildung muss um die Cyste selbst so tief als möglich die Gummiligatur geschlungen und somit ein Teil des Cystensackes versenkt werden. Der Verlauf anfänglich normal. Die Laparotomiewunde heilt reaktionslos per primam. Wenige Tage nach dem ersten Verbandwechsel steigt die Temperatur nach vorausgegangenem Schüttelfrost auf 40°. Dabei starke Auftreibung und Druckempfindlichkeit des Abdomen. Diese Erscheinungen gingen am 3. Tage zurück; und Patientin konnte am 19. April bei gutem Befinden entlassen werden.

Path.-anat. Diagnose: Fibrosarcomatös degeneriertes Ovarialcystom.

21. H. S., 46jährige Bäckersfrau. Linksseitige vielkammerige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 25. März 1890. Patientin hat in 26jähriger Ehe zehn normale Puerperien, das letzte vor 6 Jahren durchgemacht. Vor einigen Jahren erkrankte sie unter ileusartigen Erscheinungen, welche in 9 Tagen unter einer geeigneten Behandlung zurückgingen. Einige Zeit darauf bemerkte sie eine Anschwellung des Leibes. Letztere nahm schliesslich derart zu, dass Patientin arbeitsunfähig wurde und Atembeschwerden bekam. —

Status: Kräftig gebaute Frau, etwas abgemagert und kachektisch aussehend (facies ovarica). Untere Lungengrenze beiderseits vorn vierte Rippe, hinten achte Rippe. Über den Lungen vereinzelte kleinblasige Rasselgeräusche. Herzaction beschleunigt; Herztöne rein. Abdomen sehr stark aufgetrieben; Hängebauch 2 Grades. Der Leib ausgefüllt von einem mächtigen fluctuierenden Tumor, welcher aus mehreren Cysten zusammengesetzt erscheint. Leibesumfang in Nabelhöhe 111 cm. — Am 27. März Ovariotomie. Die zweimannskopfgrosse Cyste ist mit der vorderen Bauchwand und dem Netz locker verwachsen. Der Stiel entspringt aus dem linken Parametrium. — Die Heilung erfolgt ohne Störung. Am 13. April Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma glandulare ovarii multiloculare.

22. O. R., 22jährige Erzieherin, unverh. Colloidcyste des Ovarium. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 11. April 1890. Patientin ist seit dem 13. Jahre regelmässig menstruiert worden, hatte im 17. Jahre chlorotische Beschwerden. Seit $^3/_4$ Jahren merkt sie eine Anschwellung des Leibes, welche in den letzten 3 Monaten stärker gewachsen ist. — Bei der gracilen, etwas blass aussehenden Patientin ist der Leib schwach halbkuglig aufgetrieben durch eine kindskopfgrosse fluctuierende Geschwulst, welche am 13. April durch Ovariotomie leicht entfernt wird. Die Heilung erfolgt ohne Störung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii colloides.

23. A. K., 69jährige Apothekerwittwe. Übermannskopfgrosse mehrkammerige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 22. April 1890. Patientin war als junges Mädchen viel bleichsüchtig. Ihre 15jährige Ehe ist kinderlos geblieben. Seit einem Jahre merkt sie ein allmähliches, schmerzloses Anschwellen des Leibes. — Das Abdomen der grossen, stark abgemagerten Frau ist bedeutend ausgedehnt, besonders nach der rechten Seite. Dasselbe ist ausgefüllt von einer grossen, deutlich fluctuierenden Geschwulst. Das rechte Scheiden-

gewölbe ist herabgedrängt durch einen empfindlichen Tumor, welcher mit dem aussen fühlbaren in Verbindung steht. — Am 24. April Laparotomie: In der Bauchwunde präsentiert sich die übermannskopfgrosse Cyste, über die von links unten nach rechts oben die erweiterte Tube zieht. Nach Entleerung der Hauptcyste und mehrerer seitlich gelegener Nebencysten gelingt das Hervorziehen des Tumor sehr leicht. Der kurze dicke Stiel erscheint von kleinen Cysten durchsetzt, deren Entfernung einige Schwierigkeit macht. — Die Heilung verläuft ohne Störung. Am 12. Mai Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma glandulare ovarii proliferum.

24. J. K., 24jährige Trompeterfrau. Rechtsseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 1. Mai 1890. Patientin hat vor 4 Jahren eine normale Entbindung durchgemacht. Seit $^1/_2$ Jahre bemerkt sie im Leibe eine bewegliche Geschwulst, welche allmählich gewachsen ist und beim Gehen und Arbeiten Beschwerden macht. — Bei der im übrigen gesunden Frau fühlt man im Abdomen einen kindskopfgrossen Tumor von praller Consistenz, dessen obere Kuppe für gewöhnlich in Nabelhöhe liegt, der sich jedoch bis zum Rippenbogen emporheben und nach den Seiten bequem verschieben lässt. Uterus nach rechts verlagert und retrovertiert. Linkes Ovarium gut abzutasten, das rechte nicht. Beim Emporheben spannt sich nach rechts ein Strang. — Am 3 Mai Ovariotomie. Die Heilung erfolgt ohne Störung. Am 20. Mai Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma glandulare ovarii.

25. E. B., 33jährige Arbeitertochter, unverheiratet. Rechtsseitige vielkammerige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 7. Mai 1890. Patientin hat seit 1 Jahr sehr unregelmässige Periode und bemerkt seitdem eine stetig wachsende Geschwulst im Leibe. In der letzten Zeit besteht Urindrang und Schmerz bei der Urinentleerung. — Status: Grosse kräftige Patientin von blühendem Aussehen. Abdomen stark aufgetrieben.

Höchste Erhebung links oberhalb des Nabels. Nach links fällt der Tumor stark ab, während er nach rechts sich bedeutend über die seitliche Körperfläche hervorbuckelt. Zwischen dieser Hervorbuckelung und der Hauptmasse eine seichte Furche. Fluctuationsgefühl deutlich ausgesprochen. Das rechte Scheidengewölbe ist durch den Tumor herabgedrängt. -- Am 10. Mai Laporatomie. Die Cyste besteht aus mehreren Fächern von verschiedener Grösse und verschiedenem Inhalt. Einige Verwachsungen mit dem Netz. Der dünne Stiel stammt aus dem rechten Parametrium. — Heilung erfolgt ohne Störung. Am 24. Mai Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma glandulare ovarii multiloculare.

26. H. v. K., 34jährige Gutsbesitzerfrau. Parovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 12. Mai 1890. Patientin war als Kind sehr kränklich. Bei der sonst regelmässigen Periode traten oft starke Kreuzschmerzen und nervöse Zufälle auf. Sie hat 3 normale Puerperien durchgemacht. Vor 4 Jahren wurde bei Gelegenheit der Behandlung eines Magenkatarrhs eine Geschwulst im Leibe gefunden und für eine Wanderniere gehalten. Die Geschwulst ist seitdem etwas grösser geworden. — Status: Mittelgrosse, gracile Frau. Abdomen aufgetrieben wie im 5. Monat der Gravidität. Man fühlt einen kleinmannskopfgrossen, fluctuierenden Tumor von glatter Oberfläche. Er ragt ins kleine Becken hinein und lässt sich leicht emporheben. Der Uterus, spitzwinklig retroflectiert, lässt sich vom Tumor nicht gut abgrenzen.

Am 19. Mai Laparotomie. Die Cyste, mit der vorderen Bauchwand durch strangförmige Adhäsionen verwachsen, sitzt im breiten Mutterband. Dasselbe wird in mehreren Portionen abgebunden und durchschnitten. Das Ovarium wird zurückgelassen. — Die Heilung erfolgt ohne Störung. Am 11. Mai Entlassung.

27. E. D., 27jährige Arbeiterfrau. Linksseitige Dermoidcyste. Gravidität im 6. Monat. Axendrehung des Stieles. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 28. Mai 1890. Patientin hat 3 normale Puerperien durchgemacht und ist zur Zeit

im 6. Monat schwanger. Nach dem Heben einer schweren Last vor einigen Tagen stellten sich Schmerzen in der linken Bauchhälfte ein. Darnach bemerkte Patientin im Leibe eine Geschwulst. — Status: Mittelgrosse, kräftig gebaute Frau. Abdomen unregelmässig aufgetrieben. Rechts unten ein Tumor, der dem Uterus gravidus im 6. Monat entspricht; Kindsteile undeutlich durchzufühlen. Links oben davon, durch eine Furche getrennt, fühlt man eine prall elastische, sehr bewegliche Geschwulst von der Grösse eines Kindskopfes. — Am 31. Mai Laparotomie. Im unteren Wundwinkel erscheint der Fundus uteri, oben ein blauschwarzer, cystischer Tumor, der durch einen einmal um seine Axe gedrehten Stiel mit der linken Kante des Uterus in Verbindung steht. Der Stiel und das dem Tumor anliegende Ovarium sind ebenfalls blauschwarz und aufgequollen. Die Heilung erfolgt ungestört. Am 15. Juni Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste; in dem Inhalt zusammengeballte Haare, Zähne, teils frei teils in Alveolen steckend.

28. A. M., 61jährige Lehrerfrau. Linksseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 11. Juni 1890. Patientin hat 10 normale Puerperien und 1 Abort durchgemacht. Seit einem Jahre merkt sie eine allmählich grösser werdende Anschwellung des Leibes, welche in letzter Zeit viel Beschwerden macht, namentlich Schmerzen und Urindrang. — Bei der grossen, kräftig gebauten, etwas anämischen Frau ist das Abdomen aufgetrieben wie im 9. Monat der Gravidität. Im Leibe fühlt man einen grossen Tumor von praller Consistenz. Fluctuation und Schneeballenknirschen deutlich vorhanden. — Am 14. Juni Ovariotomie. Die mannskopfgrosse, rechts mit der Bauchwand locker verwachsene Cyste hängt mit dem Stiel mit der linken Uteruskante zusammen. — Die Heilung erfolgt ohne Störung. Am 29. Juni Entlassung.

29. E. W., 28 jährige Töpferfrau. Rechtsseitige Parovarialcyste. Gravidität im 6. Monat. 5 St. nach der Operation Eröffnung des Abdomen wegen Nachblutung. Am 10. Tage Ausstossung einer macerierten Frucht. Ein parametritisches Exsudat verzögert die Heilung noch weiter.

Aufgenommen den 11. Juni 1890. Patientin hat in der Jugend öfter an Kopfschmerzen gelitten, im 11. Jahre Typhus und vor 6 Jahren Lungenentzündung durchgemacht. Sie hat 5 normale Puerperien und 1 Abort überstanden und ist zur Zeit im 6. Monat schwanger. Seit der letzten Entbindung ist der Leib nicht abgeschwollen. Seitdem traten häufig Kreuzschmerzen und Übelkeit auf. — Status: Mittelgrosse, mässig kräftige Frau. Abdomen aufgetrieben und zwar links von der Mittellinie stärker als rechts. Die rechtsseitige Hervorwölbung hat die Grösse und Gestalt eines im 6. Monat schwangeren Uterus. Man fühlt Contractionen und Kindesteile und hört den Fötalpuls. Auf der linken Seite fühlt man einen prall elastischen Tumor von glatter Oberfläche. — Am 14. Juni Laparotomie. Der sehr bewegliche Tumor wird in die Mittellinie gewälzt, und das Abdomen durch einen 3 cm langen Schnitt eröffnet. Der bläuliche Tumor wird seines dünnflüssigen Inhalts entleert und hervorgezogen. Die Cyste gehört dem rechten lig. latum an. Der schmale Stiel wird in zwei Portionen mit Seidenfäden unterbunden; der Cystensack samt dem Ovarium wird abgetragen. — 1 Stunde nach der Operation wird der Puls sehr schwach. Es treten wehenartige Schmerzen auf. Dabei hebt sich der Puls etwas und verschlechtert sich wieder. Dabei Ohrensausen, Dunkelsehen. Die Erscheinungen einer inneren Blutung werden immer bedrohlicher. Es wird daher 5 Stunden nach der Operation das Abdomen wieder eröffnet. Aus der Bauchhöhle quoll eine grosse Menge flüssigen Blutes. Es gelang, den blutenden Stiel zu finden, welcher sich ganz aus der Ligatur herausgezogen hatte. Die Versorgung der blutenden Fläche war sehr schwierig, da der sehr kurze Stiel dicht am graviden Uterus lag. — Während der Operation war der Puls eine Zeit lang nicht fühlbar. Es wird

eine feste Leibbinde angelegt und die Beine eingewickelt, Wein per os und per klysma wiederholt gegeben. Im Laufe des Tages hob sich der Puls. Wiederholt trat Erbrechen ein. In den nächsten Tagen erholt sich Patientin allmählich. Beim ersten Verbandwechsel findet man die Bauchwunde per primam verheilt. Etwa 10 Stunden nach dem Verbandwechsel wird eine etwa fünf Monate alte Frucht mit ausgeprägten Macerationserscheinungen zugleich mit der Nachgeburt ausgestossen. Das Wochenbett verlief anfänglich normal. Am 5. Tage jedoch stellen sich Schmerzen im Abdomen ein und eine geringe Anschwellung auf der linken Seite. Unter Fieber und sonstigen Störungen des Allgemeinbefindens nehmen Schmerzen und Schwellung zu. Erst in etwa 4 Wochen hat sich das Exsudat so weit resorbiert, dass Patientin bei ziemlichem Wohlbefinden entlassen werden kann (den 31. Juli).

Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste.

30. R. L., 32jährige Kaufmannsfrau. Einkammerige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 12. Juli 1890. Patientin hat zwei normale Puerperien durchgemacht, das letzte vor $1^1/_2$ Jahren. Seit 5 Wochen schwillt ihr der Leib an. — Das Abdomen der sonst gesunden Frau ist etwas aufgetrieben. Man fühlt einen schlaffwandigen, fluctuierenden Tumor, der ziemlich beweglich erscheint. — Derselbe wird am 13. Juli durch Ovariotomie entfernt. Die Heilung geschieht ohne Störung.

Path.-anat. Diagnose: Einkammeriges Ovarialcystom.

31. J. F., 23jährige Tischlerfrau. Linksseitige Ovarialcyste. Gravidität im 5. Monat. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 29. August 1890. Patientin ist seit dem 15. Jahre regelmässig bei 8tägiger, starker, schmerzhafter Blutung menstruiert worden. Letzte Periode im Mai d. J. Patientin glaubt schwanger zu sein. Seit 8 Wochen klagt sie über Schmerzen in der linken Seite des Leibes und im Kreuz. — Status: Gracile, etwas anämische Frau. Abdomen aufgetrieben durch einen fast mannskopfgrossen fluctuierenden Tumor, welcher

hauptsächlich links gelegen ist und dessen Kuppe bis 3 Finger breit über den Nabel reicht. Hebt man die sehr bewegliche Geschwulst in die Höhe, so kommt man auf eine die Symphyse am 4. Querfinger überragende resistente Partie, welche von der vorigen Geschwulst durch eine breite Furche getrennt ist. Der zweite Tumor wird bei der combinierten Untersuchung als der schwangere Uterus erkannt. Am 9. September Ovariotomie. Die Exstirpation gelingt ohne Schwierigkeit. Der schwangere Uterus kommt gar nicht zu Gesicht. — Der weitere Verlauf ist normal. Am 25. September Entlassung.

32. V. M., 40jährige Kaufmannsfrau. Linksseitige vielkammerige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Patientin war als Kind sehr schwächlich, scrophulös, und hat fast alle Kinderkrankheiten durchgemacht. In ihrer 20jährigen Ehe hat sie 5 normale Puerperien durchgemacht, das letzte vor 7 Jahren. Nach der Verheiratung wurde sie „unterleibskrank“, ein Leiden, das ihr viele Beschwerden machte und nach jeder Niederkunft exacerbierte. Während der letzten Schwangerschaft war der Leib unnatürlich aufgetrieben; doch ging dies spontan wieder zurück. Nach der letzten Entbindung traten starke Senkungserscheinungen auf, welche durch eine Kolporaphie beseitigt wurden. Im Frühjahr d. J. begann der Leib wieder zu schwellen. Die Periode blieb 3 Monate aus. — Status: Kleine gracile Frau, ziemlich gut genährt. In dem mässig aufgetriebenen Abdomen fühlt man einen anscheinend von den Beckenorganen ausgehenden, bis zum Nabel hinaufreichenden Tumor, der deutlich fluctuiert. Bei der innern Untersuchung findet man den Uterus nach rechts verlagert und etwas vergrössert Von demselben nicht abzugrenzen, schliesst sich nach links der aussen fühlbare Tumor an. Am 21. September Ovariotomie. Man findet eine kindskopfgrosse Cyste, deren Exstirpation keine Schwierigkeiten bietet. — Der weitere Verlauf ist normal. Am 15 Oktober Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii multiloculare.

33. M. J., 30jährige Arbeiterfrau. Linksseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 18. September. Patientin lebt seit 14 Jahren in steriler Ehe. Seit einem halben Jahre schwillt der Leib an. Mitunter bestehen Schmerzen und Urinbeschwerden. — Das Abdomen der sonst gesunden Frau ist halbkuglig aufgetrieben durch einen kindskopfgrossen Tumor von derber Consistenz, nicht deutlich fluctuierend. Der Uterus in toto retroponiert, gegen den Tumor verschieblich. Bei der Laparotomie am 19. September findet man eine vom linken lig. latum umgebene Cyste, in welche das Ovarium aufgegangen ist. Exstirpation gelingt leicht. — Der weitere Verlauf ist normal. Am 15. Oktober Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii glandulare proliferum.

34. H. O., 26jährige Gutsbesitzerfrau. Mesenterialcyste. Heilung durch ein intraperitoneales Hämatom aufgehalten.

Aufgenommen den 10. Oktober. Patientin war als Kind sehr kränklich; sie lebt seit 4 Jahren in steriler Ehe. Seit einem halben Jahre klagt sie über Schmerzen in der rechten Seite des Leibes. Ein Arzt konstatierte einen Abdominaltumor und empfahl die Operation. Bei der kleinen gracilen Frau findet man eine nachweisbare Vergrösserung der Milz (sie hat im 20. Jahre Malaria durchgemacht). Abdomen auf der rechten Seite etwas aufgetrieben. Man fühlt einen kugligen, sehr weichen, fluctuierenden Tumor, dessen Kuppe bis zur Höhe des Nabels reicht. Ein sicherer Anhaltspunkt über den Ausgang der Geschwulst wird auch bei der Untersuchung in Narcose nicht gewonnen. — Am 18 Oktober Laparotomie. Man findet eine bläuliche Cyste, deren Wandungen ringsum mit den Darmschlingen flächen- oder bandartig verwachsen sind. Aus der Cyste wird $1/2$ Liter dünne hellgrüne Flüssigkeit entleert. Da es schwierig ist, Darmwand von der Cystenwand zu unterscheiden, so wird nur ein Teil der letzteren abgetragen, der Rest versenkt. — In den ersten Tagen zeitweise kleiner Puls mit Auftreibung des Abdomen, welche jedoch rasch zurückgeht. Beim Verbandwechsel am 10. Tage findet man prima

intentio, rechts von der Nahtlinie eine bei Berührung sehr empfindliche Resistenz. Unter Anwendung von Kataplasmen lässt die Empfindlichkeit nach Die Resistenz wird grösser und deutlich fluctuierend. Am 7. November zeigt sich der Verband blutdurchtränkt. Im oberen Drittel eine stecknadelkopfgrosse Öffnung, aus welcher auf Druck dunkles Blut fliesst. An demselben Abend starke Hämorrhagie, welche durch Penghavar Djambi-Watte gestillt wird. Darnach hebt sich das Befinden; die Geschwulst wird kleiner. Am 2 November Entlassung.

35. W. C., 40jährige Instmannsfrau. Linksseitige Ovarialcyste mit verdickter Wandung. Heilung durch ein rechtsseitiges pleuritisches Exsudat etwas verzögert.

Aufgenommen den 29. Oktober 1890. Patientin hat 6 normale Puerperien durchgemacht, das letzte vor 2½ Jahren. Seit der letzten Entbindung stellen sich öfters Schmerzen im Leibe ein, welche in der letzten Zeit stärker geworden sind. Von einem Arzt wurde eine Geschwulst gefunden und die Operation vorgeschlagen. — Man fühlt links vom Uterus einen faustgrossen, beweglichen Tumor, welcher gegen den Uterus verschieblich ist. — Die Ovariotomie am 1. November wird bei hochgelagertem Becken ausgeführt. In den unteren Winkel des kleinen Bauchschnittes stellt sich die Kuppe einer sehr prallen, grünlichen Geschwulst ein. Dieselbe enthält colloiden Inhalt und ist durch einige strangförmige Adhäsionen mit der Bauchwand verwachsen. Der sehr kurze Stiel wird in 2 Portionen mit Seide unterbunden. Die Bauchwunde heilt reactionslos per primam. Am 12. Tage stellt sich eine rechtsseitige Pleuritis ein, welche im Laufe einer Woche sich zurückbildet. Am 24. November Entlassung.

Path.-anat Diagnose: Colloidcyste des Ovarium mit verdickter Wandung.

36. B. S., 26jährige Stellmacherfrau. Ovarialcyste mit papillären Wucherungen. Mehrfache Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 28. Oktober. Patientin hat 2 normale Puerperien durchgemacht, das letzte vor

8 Monaten. Nach der ersten Entbindung fiel es auf, dass der Leib nicht an Umfang abnahm. Von einem Arzt wurde eine Punction vorgenommen. Während der zweiten Schwangerschaft und auch nach der Entbindung musste die Punction mehrfach wiederholt werden. — Das Abdomen der ziemlich kräftig gebauten und gut genährten Frau ist ausgefüllt von einer grossen, prallen, fluctuierenden Geschwulst; derselben aufsitzend, befindet sich rechts unten eine gleichfalls fluctuierende, halbkuglige Prominenz. Leibesumfang in Nabelhöhe 105 cm. — Am 1. November Ovariotomie. Es finden sich flächenhafte und strangförmige Adhäsionen mit dem Netz und dem Darm. — Der weitere Verlauf ist normal. Am 18. November Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Colloidcyste des ovarium mit papillären Wucherungen.

37. C. G., 65jährige Arbeiterfrau. Übermannskopfgrosse, rechtsseitige vielkammerige Colloidcyste des Ovarium. Vielfache feste Adhäsionen. Heilung ohne Störung.

Aufgenommen den 18. November. Patientin ist seit dem 22. Jahre nicht ganz regelmässig bei 4—5 tägiger starker Blutung menstruiert worden. Sie hat drei normale Puerperien, das letzte vor 28 Jahren, durchgemacht. Seit 20 Jahren Menopause. Weihnachten 1887 erkrankte Patientin mit Schmerzen im Leibe. Derselbe begann zu schwellen. Die Schwellung erreichte in 3 Monaten den Höhepunkt, blieb dann stationär. Im Juli 1889 fand man in der hiesigen Klinik einen harten knolligen Tumor im Leibe. Es wurde ein maligner Abdominaltumor angenommen, jedoch auf einen operativen Eingriff verzichtet, sondern nur Punction gemacht. — Bei der Wiederaufnahme schien die Geschwulst grösser geworden zu sein, das Allgemeinbefinden jedoch nicht geändert. Es wird am 25. Oktober eine Probeincision gemacht. Man kommt auf eine grosse, mit der Bauchwand fest verwachsene Cyste, aus welcher sich 6 Liter einer orangefarbenen, sehr eiweissreichen Flüssigkeit entleeren. Der eingeführte Finger constatiert, dass die Wand der Cyste rings von anderen grösseren und kleineren Cysten vorgewölbt wird. — Da aus der mikroskopischen Unter-

suchung einer kleinen Cyste die Diagnose auf Ovarialcyste gestellt werden kann, wird am 1. November zur Ovariotomie geschritten. Es fliessen $1 \frac{1}{2}$ Liter freier Flüssigkeit ab. Der Tumor setzt sich zusammen aus einer Reihe von Cysten von Kartoffel- bis Kindskopfgrösse. Die einzelnen Cysten werden mit dem Scalpel angestochen und ihres zähen Inhalts entleert. Viele strangförmige und flächenhafte Adhäsionen werden teils stumpf teils auf blutigem Wege gelöst. Alsdann gelingt es mit einiger Mühe, den Tumor herauszuwälzen. Der nach rechts ins kleine Becken ziehende Stiel wird mit einer Gummiligatur versorgt. Es erübrigt nur noch die Lösung der breiten Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand. — Der Puls wurde während der Operation sehr klein, hob sich jedoch sehr bald. Der weitere Verlauf war überraschend günstig. Keine Störung trat ein von Seiten der Respirationsorgane, trotzdem ausgedehntes Emphysem vorhanden war. Am 24 November Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii colloides proliferum multiloculare.

38. J. K., 22jährige Besitzertochter, unverheiratet. Ovarialcyste mit fibrosarcomatösen Knoten. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 7. November. Patientin ist seit dem 15. Jahre regelmässig menstruiert worden. Vor 5 Jahren blieb die Periode 6 Monate aus, um dann wieder regelmässig zu erscheinen. Dabei soll eine Anschwellung des Leibes vorhanden gewesen sein, welche sich wieder zurückbildete. Die Anschwellung des Leibes soll in jedem Jahre wiedergekehrt sein. Jetzt ist der Leib seit 4 Wochen geschwollen. — Man fühlt einen kindskopfgrossen, prall elastischen Tumor, welcher am 9. November durch Ovariotomie entfernt wird. Man findet dabei auf der Cystenwand und auch auf dem Peritoneum der Bauchwand und der Därme hirsekorngrosse Excrescenzen von rötlicher Farbe und weicher Consistenz. Die Heilung erfolgt ohne Störung. Am 28. November Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Ovarialcystom mit fibrosarcomatösen Knoten an der Oberfläche.

39. H. A., 24jährige Besitzertochter, unverheiratet. Vielkammerige Ovarialcyste. Mehrfache Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 10. November. Patientin hat vor $1^1/_2$ Jahren eine normale Entbindung durchgemacht. Seit einigen Monaten klagt sie über Schmerzen im Leibe und Kreuz und merkt eine Anschwellung des Leibes. — Das Abdomen ist etwas aufgetrieben durch einen vom kleinen Becken aufsteigenden, bis zum Nabel reichenden Tumor von quer ovaler Gestalt. An seinen Polen hühnereigrosse Knollen. — Am 15. November Ovariotomie. Es finden sich mehrfache Adhäsionen mit dem Netz und dem Darm. — Die Heilung verläuft ohne Störung. Am 5. December Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii multiloculare.

40. J. B., 48jährige Gastwirtsfrau. Rechtsseitige multiloculäre Ovarialcyste mit papillären Wucherungen. Ausgedehnte Adhäsionen. Unvollständige Exstirpation. Einnähung des Cystenstumpfes in die Bauchwunde. 3 Monate nach der Operation exitus letalis.

Aufgenommen den 6. November. Patientin hat acht Puerperien durchgemacht; beim vorletzten war Kunsthilfe notwendig, die übrigen verliefen normal. Seit der Verheiratung war sie öfters wegen fluor albus in ärztlicher Behandlung. Seit 3 Jahren schwillt der Leib an; dabei starker Ausfluss und Schmerzen im Kreuz. — Status: Kleine, etwas dürftig genährte Frau. Abdomen, besonders rechts, stark aufgetrieben. Die Auftreibung ist bedingt durch zwei grosse, länglich gestaltete Geschwülste, von denen die grössere, rechts gelegene, deutlich fluctuiert und bis zum Rippenbogen ansteigt, die kleinere dem linken Hüftbein anliegt und prall elastische Consistenz zeigt. Zwischen den Tumoren eine tiefe Furche, welche von Darmschlingen ausgefüllt wird. Der Uterus ist etwas nach rechts verlagert, das linke Scheidengewölbe herabgedrängt. Der Urin ist eiweisshaltig und sedimentiert stark; das Sediment besteht aus Eiterkörperchen. — Am 15. November Laparotomie. Mässiger Ascites. Man findet eine aus mehreren grossen Cysten zusammengesetzte Geschwulst, welche mit der

Bauchwand und mit dem Netz mehrfach verwachsen ist. Nach links steht der Cystensack in Verbindung mit einem zweiten, welcher fest mit seiner Umgebung verlötet ist. Durch Punction wird demselben eine wasserklare Flüssigkeit entleert. Der Cystensack lässt sich in den oberen Partieen stumpf herausschälen. In der Tiefe des Beckens dagegen bestehen so feste Verwachsungen, dass von einem weiteren Vordringen Abstand genommen werden muss. Es wird die Punctionsöffnung vernäht. Die rechtsgelegene Cyste wird nach Umschnürung der breiten Basis mit Gummiligatur abgetragen. Der Stumpf wird in die Bauchwunde eingenäht, letztere durch Silberplattennähte geschlossen. — Der weitere Verlauf war zunächst ein ganz normaler. Beim Verbandwechsel findet man am 10. Tage die Bauchwunde, soweit sie vernäht, per primam verheilt. Der Stumpf hat sich verkleinert. Der Verband wird nun alle zwei Tage gewechselt. Am 20. Tage sickert aus dem Wundtrichter eine helle, wenig Eiterkörperchen enthaltende Flüssigkeit heraus. Täglicher Verband mit Sublimatholzwolle, da die Secretion sehr reichlich. Im weiteren Verlauf zeigt das Allgemeinbefinden bedenkliche Störungen. Patientin ist appetitlos, muss erbrechen und ist dauernd an das Bett gefesselt. Die Körpertemperatur schwankt zwischen 38^0 und 39^0. Der Harn ist bald klar und ohne Eiweiss, bald enthält er sehr viel Albumen und reichliches Sediment. Letzteres besteht aus Eiterkörperchen; Cylinder wurden nie gefunden. Ende Dezember, 6 Wochen nach der Operation, wird das Wundsecret übelriechend, zuweilen fäculent. Die Behandlung besteht in regelmässigen Ausspülungen und in Tamponade mit Jodoformgaze. — Im Januar 1891 tritt sichtliche Besserung des Allgemeinbefindens ein, die Magenbeschwerden treten in den Hintergrund; die Wundhöhle hat sich zu einer schmalen Spalte verkleinert. Es wird eine nochmalige Punction der linksseitigen Cyste notwendig, wobei 2 Liter klare Flüssigkeit entleert werden. Der Zustand hat sich so weit gehoben, dass Patientin wieder anfängt aufzustehen. Im Februar kommen die Magenbeschwerden wieder; der Urin ist sehr eiweisshaltig und enthält reichliches Eitersediment. Es bilden sich Ödeme der unteren Extremität aus. Der Magen verträgt schliesslich gar nichts

mehr, sodass ernährende Klystiere gegeben werden müssen. Am 23. Februar 1891 tritt unter den Erscheinungen allgemeiner Entkräftung der Tod ein. Section wird nicht gestattet.

Es war an die Möglichkeit eines Nierentumor gedacht worden. Nach Untersuchung des Präparates im pathologischen Institut kam folgender Bescheid: „Für die Diagnose eines Nierentumor liegen anatomisch keine Anhaltspunkte vor, während die Befunde sehr wohl zur Diagnose: „„Multiloculäres Cystom des Ovarium oder Parovarium mit papillären Wucherungen““ sich verwerten lassen.“

41. R. L., 52jährige Kaufmannsfrau. Vielkammerige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 11. November 1890. Patientin hat 7 normale Puerperien durchgemacht, das letzte vor 18 Jahren. Die Periode ist zuweilen 1—2 Monate ausgeblieben. Seit sechs Monaten bemerkt Patientin eine Anschwellung und Härte des Leibes. — Status: Kleine, schlecht genährte, etwas anämische Frau. Im Abdomen fühlt man einen mannskopfgrossen, fluctuierenden Tumor, von welchem sich nach oben zwei kleinere, ovoide Knollen differenzieren. — Am 25. November Ovariotomie. Die Cystenwand ist seitlich durch strangförmige Adhäsionen mit der Bauchwand verwachsen. — Die Heilung nimmt normalen Verlauf. Am 2. Dezember Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii multiloculare.

42. J. R., 53jährige Arbeiterfrau. Linksseitige vielkammerige Ovarialcyste. Axendrehung des Stieles. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 15. Dezember 1890. Patientin hat 5 Puerperien durchgemacht, das letzte vor 12 Jahren. Alle Wochenbette sollen fieberhaft verlaufen sein. Vor 2 Monaten wurde eine Geschwulst im Leibe bemerkt. Dieselbe ist seitdem grösser geworden und hat in letzter Zeit Schmerzen verursacht. — Abdomen aufgetrieben durch einen bis zum Rippenbogen hinauf reichenden, fluctuierenden Tumor. Die Palpation ist etwas empfindlich.

Während der kurzen Beobachtungszeit hat Patientin Temperaturen bis 39°. Sie hat so starke Schmerzen, dass sie gewöhnlich wimmernd daliegt und oft laut aufschreit. Der Puls klein, sehr frequent. In der Annahme, dass eine Torsion des Stieles vorliegt, wird schon am 17. Dezember zur Operation geschritten. Es erscheint der Peritonealüberzug der Cyste entzündlich gerötet. Rechts ist die Cystenwand mit einer Dünndarmschlinge, vorn mit dem grossen Netz in grosser Ausdehnung verwachsen. Es fliesst 1/2 Liter dunkelgelber Ascitesflüssigkeit ab. Der Cysteninhalt ist von gelbbrauner Farbe, zäh und teilweise mit dicken weisslichen Flocken vermengt. Links und hinten ist der Tumor solid und leicht zerreissbar. Der stark geschwollene, um seine Axe gedrehte Stiel führt ins linke Parametrium. — Die Heilung verläuft ohne Störung. Am 7. Januar 1891 wird Patientin bei gutem Befinden entlassen.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii multiloculare.

43. J. G., 51jährige Maurerfrau. Linksseitige Ovarialcyste. Vielfache Adhäsionen. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 23. Dezember 1890. Patientin hat 6 Puerperien durchgemacht; beim vorletzten wurde Zange angelegt, die übrigen verliefen normal. Wochenbette gleichfalls normal. Seit einem Jahr Menopause. — Status: Grosse hagere Patientin in gutem Ernährungszustande. Geringes Oedem der Unterschenkel. Abdomen aufgetrieben und zwar links stärker wie rechts. Schwellung der Leistendrüsen. Im Leibe ein nierenförmiger, fluctuierender Tumor, welcher links bis an den Rippenbogen heranstösst. Palpation etwas empfindlich. Leibesumpfang 6 cm unterhalb des Nabels: 107 cm. — Am 27. Dezember Laparotomie. Die Wand der blaugrauen Cyste ist stark vascularisiert. Der Inhalt besteht aus einer eiterähnlichen Flüssigkeit, welche Körner gleich aufgequollenem Reis enthält. Mehrere Adhäsionen mit dem Netz und dem Darm. In die Tiefe des kleinen Beckens ziehen zwei Stränge. Der Hauptstiel zieht nach der linken Kante des Uterus, ein kleinfingerdicker Strang zur Wand des kleinen Beckens. — Die Heilung erfolgt ohne Störung. Am 10. Januar 1891 Entlassung.

44. T. F., 20jährige Arbeitertochter, unverheiratet. Parovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 5. Januar 1891. Patientin hat vor 4 Jahren Typhus durchgemacht, war sonst gesund. Vor 3 Monaten erkrankte sie mit heftigen Schmerzen in der rechten Seite des Leibes. Seitdem bemerkte sie eine allmählich anwachsende Geschwulst im Leibe. — Status: Graciles, im übrigen gesundes Mädchen. Abdomen etwas aufgetrieben. Rechts ist ein harter, länglicher etwa nierengrosser Tumor zu fühlen, mit der Längsrichtung von rechts oben nach der Mittellinie. Die Geschwulst ist nach dem Becken und nach der Lendengegend gut verschieblich. — Bei der Laparotomie am 10. Januar findet man eine braunschwarze, mit dem Netz locker verlötete Geschwulst mit kaffeähnlichem Inhalt, deren Stiel nach dem kleinen Becken führt. — Die Heilung verläuft ohne Störung. Am 25. Januar Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste.

45. H. J., 27jähriges Dienstmädchen. Fest verwachsene Dermoidcyste. Ausräumung der Cyste. Drainage. Heilung per secundam intentionem, sich ausserordentlich in die Länge ziehend.

Aufgenommen den 16. Januar 1891. Patientin war bis zum September 1890 stets gesund. Damals lag sie 6 Wochen lang nieder an einer fieberhaften Krankheit. Nach der Genesung fing der Leib an zu schwellen. Vor Weihnachten stellten sich heftige Schmerzen im Leibe ein, die die Patientin ans Bett fesselten. — Status: Mittelgrosse, gut genährte Person. Abdomen aufgetrieben wie im 10. Monat der Gravidität. Man fühlt einen grossen fluctuierenden Tumor, welcher bis 2 Finger breit unter den Rippenbogen hinaufreicht. Rechts und links verschiedene Consistenz. Virginale Genitalien; Uterus nach rechts verdrängt; die Geschwulst undeutlich durchzufühlen. — Am 17. Januar Laparotomie. Starke Blutung aus den Bauchdecken, stark entwickeltes subperitoneales Fettgewebe. Ausgedehnte Verwachsung zwischen der vorderen Cystenwand und dem Peritoneum parietale, welche besonders an den Seiten so fest ist, dass auf eine Isolierung des Sackes verzichtet werden

muss. Aus der breit eröffneten Cyste entleert sich eine eiterähnliche Flüssigkeit, welche an der Luft zu Flocken gerinnt. Ferner kommen zusammengeballte Massen, Haarbüschel, Zähne, teils lose teils in Knochenstückchen steckend, heraus. Ausser der grossen Cyste sind noch mehrere Nebencysten vorhanden, welche incidiert den nämlichen Inhalt geben. Nach ausgiebiger Entleerung der Cysten werden dieselben mit Borsäure ausgespült und mit trockener Jodoformgaze tamponiert. Die Tampons werden nach aussen geleitet und die Laparatomiewunde durch einige Silbersuturen verkleinert. — Den 27. Januar. Erster Verbandwechsel; in der Cystenhöhle viel dicke, eitrige, nicht übelriechende Flüssigkeit. Wegen der reichlichen Secretion tägliche Ausspülungen. Mitte Februar findet man im Abdomen einen ziemlich prallen Tumor. Derselbe stellt sich als eine kleine Dermoidcyste heraus, welche eröffnet und drainiert wird. Der Inhalt bestand aus Haaren, Knochen etc. Die Heilung macht nun gute Fortschritte; der Hohlraum verkleinert sich, die Secretion wird geringer. Mitte März wird der Ausfluss plötzlich putrid; Allgemeinbefinden dabei nicht wesentlich alteriert; täglich zweimalige Spülungen. Unter dieser Behandlung tritt eine langsam, doch sichtlich fortschreitende Verkleinerung der Höhle ein. Dreimal wurde eine rasch vorübergehende, mit Schüttelfrost einsetzende erhebliche Erhöhung der Körpertemperatur beobachtet. Wegen Verdacht auf Secretverhaltung wurde die Fistelöffnung mit Laminariastiften erweitert. Zur Beförderung der Granulationsbildung werden schliesslich mit gutem Erfolge Injectionen von Jodoformglycerin gemacht Am 23. Juli kann Patientin mit einer kleinen Höhle bei gutem Allgemeinbefinden aus der Klinik entlassen werden.

46. L. M., 40jährige Gerichtssecretärfrau. Grosse Ovarialcyste bei einer an Mitralstenose leidenden Frau. Am 11. Tage nach der Operation exitus letalis unter den Erscheinungen der Insufficienz des Herzens.

Aufgenommen den 29. Januar 1891. Patientin hat als junges Mädchen an Chlorose gelitten und Gelenk-

rheumatismus überstanden. Vor 17 Jahren hatte sie eine normale Niederkunft, danach mehrere Aborte. Seit 6 Jahren leidet sie an Herzklopfen und Beängstigungen. Vor einem Jahre war sie mehrere Monate bettlägerig, angeblich an Herzbeutelentzündung. Seit der Zeit bemerkt sie eine Anschwellung des Leibes. Allgemeinbefinden dabei schlecht. — Status: Mangelhaft genährte, blasse Frau, deutlich dyspnoisch. Geringes Oedem der unteren Extremitäten. Lungenbefund normal. Beschleunigte und unregelmässige Herzaction. Abdomen wie am Ende der Gravidität vorgewölbt durch einen mannskopfgrossen fluctuierenden Tumor. Uterus nach hinten und links verlagert, etwas vergrössert. Urin stark eiweisshaltig. — Um eine plötzliche Entleerung des Abdomen mit Rücksicht auf die mangelhafte Herzaction zu vermeiden, werden durch Punction etwa 6 Liter einer grünlichen zähen Flüssigkeit entleert. Patientin fühlt sich danach sehr erleichtert.

Am 31. Januar wird unter sehr vorsichtiger Narcose die Ovariotomie ausgeführt. Dieselbe bietet keine Schwierigkeit. Es wird ein starker Compressivverband angelegt. Der Puls war während der Operation nie besorgniserregend. — Das weitere Befinden zunächst durchaus zufriedenstellend. Die Bauchwunde verheilt reactionslos per primam. Am Abend des 10. Tages treten Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen auf, welche nach Application eines Senfteiges schwinden. Am nächsten Tage wünscht Patientin das Bett zu verlassen, da sie sich gesund fühle. Im Laufe des Nachmittags stellt sich Unruhe, Dyspnoe, unregelmässige Herzaction ein. Ordo: Eisbeutel, Digitalis. Gegen Abend werden starke Excitantien nötig; hierdurch wird vorübergehende Hebung des Pulses erzielt. In der Nacht nehmen die Erscheinungen der Herzschwäche ihren Fortgang. Am 11. Februar in den Vormittagsstunden erfolgt exitus letalis. — Bei der Section wurde gefunden: Stenose der Mitralis und Tricuspidalis, Ausfüllung des linken Vorhofs und Herzohrs durch fest anhaftende Thromben; hydropische Ergüsse im Abdomen sowie in der Pleurahöhle, viele Infarcte in den Lungen und Nieren; ausgeprägte Muskatnussleber.

47. M. W., 47jährig, unverheiratet. Vielkammerige Ovarialcyste. Axendrehung des Stieles. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 28. Januar 1891. Bisher angeblich gesunde Patientin, erkrankte vor einigen Wochen mit Schmerzen im Leibe. Vom behandelnden Arzt wurde eine Geschwulst entdeckt. Das Abdomen der mittelgrossen, kräftig gebauten Person ist stark aufgetrieben. Grösster Leibesumfang 117 cm. Die Auftreibung bedingt durch einen mannskopfgrossen fluctuirenden Tumor. Vom vorderen Scheidengewölbe aus fühlt man 3 harte Knollen. — Am 31. Januar Ovariotomie. Lockere Adhäsionen mit der vorderen Bauchwand, festere mit dem colon transversum. Einmalige Axendrehung des Stieles. Die Heilung verläuft ohne Störung. Am 20. Februar Entlassung.

Im Januar 1892 stellt sich Patientin wieder vor und klagt über Schmerzen im Leib. Man fühlt links von dem verdickten corpus uteri einen gänseeigrossen Tumor. Patientin wünscht dringend eine Operation. Der Tumor wird mit einiger Wahrscheinlichkeit für ein fibroma uteri angenommen; jedoch wird wegen seiner relativen Kleinheit von einem operativen Eingriff bis auf weiteres abgesehen.

48. M. D., 46jährige Kaufmannsfrau. Ovarialcyste, in deren Wand kleine Dermoidcysten. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 4. Februar 1891. Patientin hat 4 normale Puerperien, das letzte vor 23 Jahren, durchgemacht. Seit 8 Jahren Klimakterium. Vor 3 Wochen erkrankte Patientin mit starken Schmerzen im Leibe. Vom behandelnden Arzt wurde eine Geschwulst gefunden. — Im Abdomen fühlt man eine weiche fluctuierende Geschwulst von Kindskopfgrösse, welche am 7. Februar durch Ovariotomie leicht entfernt wird. — Der weitere Verlauf normal.

Path.-anat. Diagnose: Ovarialcystom; an einer Stelle der Wand sitzen mehrere wallnussgrosse Dermoidcysten.

49. F. K., 41jährige Wirtin, unverheiratet. Linksseitige Ovarialcyste. Axendrehung des Stieles. Heilung durch Lockerung der Nähte etwas verzögert.

Aufgenommen den 19. Februar 1891. Patientin leidet seit $1/2$ Jahr an zeitweise auftretenden Magenschmerzen und Erbrechen. Seit 4 Wochen beobachtet sie eine Auftreibung des Leibes. — Das Abdomen ist gleichmässig aufgetrieben durch einen grossen fluctuierenden Tumor. Im cavum Douglasii fühlt man eine nicht empfindliche Resistenz. — Am 23. Februar Ovariotomie. Die mannskopfgrosse bläuliche Geschwulst hat entzündlich gerötete Wandung. Einige feste Adhäsionen mit dem Netz und lockere Verklebungen mit den Darmschlingen. Der Tumor besteht aus einer rechtsseitigen Hauptcyste und linksseitigen Nebencyste; seine untere und hintere Partie ist compact. Der von links kommende Stiel ist einmal um seine Axe gedreht. — Patientin muss viel erbrechen, liegt sehr unruhig. Am 5. Tage sind sämtliche Suturen durchgerissen und müssen nochmals angelegt werden. Auch diese lockern sich nach einigen Tagen, so dass sogar Darmschlingen sichtbar werden. Anlegung eines Jodoformcollodiumverbandes, der die Wunde gut schliesst. Nunmehr keine weiteren störenden Zwischenfälle. Am 31. März Entlassung.

50. J. F., 31jährige Gastwirtstochter, unverheiratet. Linksseitige vielkammerige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 14 März 1891. Patientin bekam im April 1890 plötzlich kolikartige Schmerzen im Leibe. Seitdem merkt sie eine Geschwulst; die Auftreibung soll anfänglich stärker gewesen sein als jetzt. — Das Abdomen der im übrigen gesunden Patientin ist stark aufgetrieben (grösster Umfang: 105 cm) durch einen aus mehreren Teilen zusammengesetzten Tumor. Rechts fühlt man eine grosse, schlaffe, deutlich fluctuierende Geschwulst; links eine kleinere sehr pralle Cyste; in der Mitte des Abdomen darüber ein kindskopfgrosser verschieblicher Tumor von höckeriger Beschaffenheit. Uterus verlängert, mit der Geschwulst nicht zusammen-

hängend. — Am 16. März Ovariotomie. Mehrere strangförmige Adhäsionen mit dem Netz. Der zwei Daumen dicke Stiel kommt vom linken Parametrium. — Die Heilung geschieht ohne Störung. Am 30. März Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii multiloculare.

51. J. P., 32jährige Lehrerfrau. Linksseitige Dermoidcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 15. März 1891. Patientin lebt seit 2 Jahren in steriler Ehe, hat von jeher eine sehr schmerzhafte Periode, sonst keine Beschwerden. — Bei der im übrigen gesunden Frau fühlt man im kleinen Becken, links vom Uterus und mit demselben anscheinend in lockerer Verbindung, einen gänseeigrossen, harten Tumor von glatter Oberfläche. — Am 27. März Ovariotomie bei mässiger Hochlagerung des Beckens. In der Schnittöffnung liegen nur Darmschlingen vor; der ins kleine Becken eingehende Finger stösst auf einen glatten, cystenartigen Tumor. Es gelingt, letzteren durch Eingehen in die Scheide in die Höhe zu drängen und mit Kugelzangen zu fassen. Aus einer Rissöffnung quillt lehmfarbige zähe Flüssigkeit, mit Haaren untermischt. Der untere und hintere Teil ist mit der Umgebung verwachsen und schwer zu isolieren. Ligatur des Stieles, Abtragung der Cyste. — Der weitere Verlauf normal. Am 13. April Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Dermoidcyste.

52. N. M., 30jährige Wachtmeisterfrau. Doppelseitigte Ovarialcyste. Viele Verwachsungen. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 4. April 1891. Patientin hat in 10jähriger Ehe 3 Puerperien durchgemacht; beim letzten wurden 2 tote Kinder geboren. Seit der letzten Entbindung hat sie Schmerzen im Unterleib. Bis vor 4 Wochen hat sie an „Unterleibsentzündung“ zu Bett gelegen. — Im Abdomen zwei Tumoren fühlbar. Der eine links vom Nabel ist von Kindskopfgrösse, sehr beweglich und fluctuierend; der andere, etwas kleiner, liegt oberhalb des rechten Poupart'schen Bandes, ist gleich-

falls fluctuierend und leicht beweglich. Der Uterus liegt links von der Mittellinie und steht mit den Tumoren nicht in Zusammenhang. Am 6. April Laparotomie. Der linke Tumor mit dem grossen Netz und dem colon transversum locker verwachsen; der Stiel der Geschwulst ist einmal um seine Axe gedreht. Der rechtsseitige Tumor besteht aus 5—6 apfelgrossen Cysten. — Die Heilung verläuft ohne wesentliche Störung. Am 24. April Entlassung.

53. E. B., 27jähriges Dienstmädchen. Parovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 1. April 1891. Bis auf ihr jetziges Leiden gesunde Patientin, hat vor 5 Jahren eine normale Geburt durchgemacht. Seit 3 Monaten klagt sie über Schmerzen in der rechten Seite des Leibes und merkt daselbst eine Verhärtung. — Im Abdomen unterhalb des Nabels fühlt man eine weiche, fluctuierende, gut bewegliche Geschwulst von ziemlich glatter Oberfläche. — Am 6. April Laparotomie. Man findet einen blaugrauen Tumor, dessen Wand von einem Netz feinster Gefässe durchzogen ist; neben demselben das intacte Ovarium. — Heilung ohne Störung. Am 25. April Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste.

54. A. F., 55jährige Erzieherin, unverheiratet. Parovarialcyste. Heilung durch einen Lungenkatarrh etwas verzögert.

Aufgenommen den 7. April. Patientin bemerkt seit einigen Wochen eine schmerzhafte Anschwellung der linken Seite des Leibes. — Status: Mittelgrosse, mässig genährte Person. Diffuser Bronchokatarrh. Herz normal. Abdomen aufgetrieben wie am Ende der Gravidität. Man fühlt einen grossen fluctuierenden Tumor, welcher bis nahezu an den Rippensaum hinaufreicht. — Am 11. April Laparotomie. Dünnwandige, blaue Cyste, deren Wand feinste Gefässverästelungen zeigt. Inhalt wasserhell. Stielbildung schwierig, da der Tumor mit breiter Basis im lig. latum sitzt. — Die Heilung erfolgt ohne Störung. Das Allgemeinbefinden wird durch den

Lungenkatarrh ungünstig beeinflusst. Am 2. Mai Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste.

55. H. Th., 52jährige Zieglerfrau. Grosse linksseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 8. April. Patientin ist seit 30. Jahren verheiratet und hat 10 normale Puerperien durchgemacht. Im letzten Wochenbett hat sie lange gelegen und Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes gehabt. Von der drittletzten Geburt an blieb der Leib geschwollen. Nach dem letzten Wochenbett ist die Anschwellung allmählich grösser geworden. — Status: Grosse, gut genährte Frau. Über dem Herzen ein schwaches systolisches Geräusch; über den Lungen zahlreiche trockene und feuchte Rasselgeräusche. Abdomen kolossal aufgetrieben. Grösster Umfang: 136 cm. Entfernung vom proc. xiphoid. bis zur Symphyse: 62 cm. Im ganzen Leibe grosswellige Fluctuation. In der Inguinalgegend beiderseits nässendes Ekzem. Die Därme scheinen ganz nach rechts gedrängt. — Da Patientin an Atembeschwerden leidet, wird eine Punction des Abdomen vorgenommen. Patientin fühlt sich wesentlich erleichtert. Am 11. April Ovariotomie. Es fällt die Dicke und Derbheit des Peritoneum auf. Die Cyste adhäriert nirgends. Der Stiel kommt aus dem linken Parametrium. — Die Heilung erfolgt ohne Störung.

56. F. G., 20jährige Getreidehändlerstochter. Linksseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 6. Mai 1891. Patientin ist seit dem 18. Jahre sehr unregelmässig menstruiert worden. In den letzten 10 Monaten traten dabei stärkere Schmerzen auf. Seit 6 Wochen bemerkt sie ein allmähliches Anschwellen des Leibes. — Im Abdomen ein glatter, sehr beweglicher Tumor von der Grösse eines Kindskopfes. Derselbe wird am 9. Mai durch Ovariotomie ohne Mühe entfernt. Der Stiel wird von der linken Tube und dem angrenzenden Teil des lig. latum gebildet.

Path.-anat. Diagnose: Ovarialcyste mit vielen kleinen Nebencysten.

57. M. R., 34jährige Händlersfrau. Linksseitige Parovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 26. Mai 1891. Patientin hat vor 8 Jahren eine normale Entbindung durchgemacht. Ein halbes Jahr darnach traten Schmerzen in der linken Seite des Leibes auf. Schon damals will sie eine Geschwulst bemerkt haben, die jedoch nicht gewachsen ist. Zur Zeit klagt sie über diffuse Schmerzen im Leibe. — Oberhalb der Symphyse ist ein kindskopfgrosser Tumor fühlbar, welcher die Mittellinie etwas nach rechts überragt. Derselbe hat glatte Oberfläche und ist leicht verschieblich. — Am 30. Mai Ovariotomie bei hochgelagertem Becken. Linksseitige Parovarialcyste. — Heilung erfolgt ohne Störung. Am 18. Juni Entlassung.

58. B. F., 39jährige Rentierstochter, unverheiratet. Linksseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 27. Mai 1891. Patientin hat viel an Nervosität und Schwermütigkeit gelitten. Früher bestanden bei der im übrigen regelmässigen Periode sehr heftige Schmerzen im Unterleib, die mit den Jahren aufgehört haben. Seit 3 Monaten bemerkt sie eine Anschwellung des Leibes, die sehr schnell zugenommen hat. In dem halbkuglig vorgetriebenen Abdomen fühlt man einen mannskopfgrossen, fluctuierenden Tumor, welcher am 30. Mai durch Ovariotomie mühelos entfernt wird. Der Stiel kommt aus dem linken Parametrium. — Die Heilung erfolgt ohne Störung. Am 18. Juni Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii colloides.

59. A. A., 21jährige Besitzertochter. Rechtsseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 30. Mai 1891. Die Krankheit begann vor 3 Monaten mit Erbrechen und Schmerzen im Unterleib. Vom behandelnden Arzt wurde eine Geschwulst gefunden. Dieselbe ist seitdem stark angewachsen. — Das Abdomen mässig vorgetrieben. In den untern Partien fühlt man einen gut beweglichen, kindskopfgrossen Tumor, der mit einem verjüngten Teile ins kleine Becken hinabzureichen scheint. — Am 6. Juni Ovariotomie. Der Stiel stammt aus dem rechten Para-

metrium. — Die Heilung erfolgt ohne Störung. Am 24. Juni Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii colloides.

60. L. H., 49jährige Klempnerfrau. Doppelseitige Ovarialcyste mit beginnender carcinomatöser Degeneration. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 4. Juni 1891. Patientin hat 12 normale Puerperien und zwischen der zweiten und dritten Niederkunft einen Abort im dritten Monat durchgemacht. Das jetzige Leiden begann vor 10 Monaten mit Schmerzen im Leibe. Dabei bemerkte Patientin eine Geschwulst, welche rasch an Grösse zunahm. Seit Beginn des Leidens wurde die Periode schwächer und setzte 2 Monate ganz aus. — Das Abdomen der sonst gesunden Patientin ist aufgetrieben wie am Ende der Gravidität. Dasselbe ist eingenommen von einem leicht beweglichen, aus mehreren grossen Knollen bestehenden Tumor von glatter Oberfläche und harter Consistenz. Der Uterus lässt sich gegen den Tumor abgrenzen. Im Douglas'schen Raum fühlt man einige kleinere Geschwulstknoten. — Am 6. Juni Laparotomie. Der knollige blaugraue Tumor zeigt stellenweise verdickte Wand, an deren Innenfläche papilläre Wucherungen sich finden. Der nach dem rechten Parametrium führende Stiel wird umschnürt und durchtrennt. Inzwischen quillt viel Blut aus der Wunde, ohne dass man die blutende Stelle sieht. Man findet einen vom linken Ovarium ausgehenden faustgrossen Tumor, welcher in einer markstückgrossen Verbindung mit der ersten Cyste gestanden hatte. Dieselbe war beim Herauswälzen des letzteren durchrissen und hatte Anlass zur Blutung gegeben. Die Blutung steht nach Exstirpation der kleinen Cyste. Die beiden Stümpfe werden versenkt. Bei der Naht der Bauchdecken wird die Radicaloperation einer kleinen Nabelhernie besorgt. — Die Heilung erfolgt ohne Störung. Am 24. Juni Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Adeno-carcinoma cysticum duplex.

61. Ch. Z., 55jährige Wirtsfrau. Rechtsseitige vielkammerige Cyste. Zahlreiche Adhäsionen. Heilung durch einen Bauchdeckenabscess kaum gestört.

Aufgenommen den 15. Juni 1891. Patientin leidet jahrelang an fluor albus; seit 31 Jahren ist sie verheiratet und hat 11 normale Puerperien durchgemacht, das letzte vor 7 Jahren; die Wochenbette verliefen fieberlos, zogen sich jedoch infolge von Blutungen sehr in die Länge. Vor 2 Jahren — im Anschluss ans Klimakterium — erkrankte sie mit Schmerzen in der Mitte des Leibes. Zugleich bemerkte sie eine Geschwulst in der Nabelgegend, welche in letzter Zeit stark angewachsen ist. — Das Abdomen der kleinen, schlecht genährten Frau ist in Form eines Hängebauches stark aufgetrieben. Grösster Leibesumfang 112 cm. Man fühlt eine fluctuierende, aus mehreren grossen Knoten zusammengesetzte Geschwulst. — Am 16. Juni werden durch Punction 6 Liter einer graugelblichen, fadenziehenden Flüssigkeit entleert; hierdurch wird die Diagnose einer Ovarialcyste gesichert. — Am 20. Juni Ovariotomie. Noch vor Eröffnung der Bauchhöhle wird Patientin asphyktisch; die Operation wird wenige Minuten unterbrochen. Die Orientierung sehr erschwert durch ausgedehnte Verwachsung der Cyste mit dem stark verdickten peritoneum parietale. Der 6 cm breite Stiel hängt mit dem rechten lig. latum zusammen. Das in grosser Ausdehnung von den Bauchdecken losgeschälte Peritoneum wird nach Art der Matratzennähte durch Catgutfäden an die Bauchdecken geheftet und die Bauchwunde durch Silbersuturen geschlossen. — Der Verlauf anfänglich normal. Am 14. Tage hat sich in den Bauchdecken ein kleiner Abscess gebildet, welcher gespalten wird. Am 16. Juli Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii multiloculare.

62. R. M., 15jährige Arbeitertochter. Linksseitige vielkammerige Ovarialcyste. Axendrehung des Stieles. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 11. Juli 1891. Im November 1890 lag Patientin 3 Wochen lang an einer fieberhaften Krank-

heit zu Bett. Sie wurde damals vom Arzt auf eine Geschwulst im Leibe aufmerksam gemacht. Die Periode ist seit der Zeit ausgeblieben. — Das Abdomen stark aufgetrieben. Vom linken Hypochondrium geht eine Vorwölbung herab bis unter die Nabelgegend. Percussionsschall darüber gedämpft. Die Pulpation ergiebt keine brauchbaren Anhaltspunkte. In der Narcose kann man bimanuell den Uterus von der Geschwulst abgrenzen; letztere macht den Eindruck einer Ovarialcyste und zeigt links einige harte Prominenzen. — Am 18. Juli Laparotomie. Ausgedehnte Adhäsionen mit dem grossen Netz. Der lange, aus dem linken Parametrium kommende Stiel zeigt eine Axendrehung — Der weitere Verlauf ist normal. Am 2. August Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii multiloculare.

63. D. T., 60jährige Arbeiterfrau. Grosse rechtsseitige Ovarialcyste. Einige Adhäsionen. Heilung anfangs ohne Störung; dann Cystitis und parametritisches Exsudat.

Aufgenommen den 21. Juli. Patientin hat 6 normale Puerperien, das letzte vor 23 Jahren durchgemacht. Bei der letzten Entbindung verlor sie viel Blut und hat sich ein halbes Jahr lang sehr schwach gefühlt. Die jetzige Krankheit begann vor 4 Monaten mit einer Anschwellung der linken Seite des Leibes, welche rasch grösser geworden ist. Dabei bestanden oft Schmerzen; die Urinentleerung war erschwert. — Mittelgrosse, mässig genährte Frau. Das Abdomen stark aufgetrieben, proc. xinphoid. nach oben verbogen. Grösster Leibesumfang 106 cm. Im ganzen Abdomen grosswellige Fluctuation. Percussionsschall gedämpft. Bei der innern Untersuchung findet man Prolaps der hinteren Vaginalwand, portio ganz nach oben gezogen, Uterus anteflectiert, etwas verlängert, unbeweglich. — Am 25 Juli Laparotomie. Mannskopfgrosse Cyste mit einer Anzahl von Nebencysten, welche colloiden Inhalt entleeren und mit breitem Stiel vom rechten lig. lat. entspringen. — Patientin hat andauernd geringes Fieber. Die Laparotomiewunde heilt reactionslos per primam Als Ursache für das Fieber wird eine Cystitis gefunden, und bei der inneren Untersuchung hinter dem Uterus ein über haselnuss-

grosser, in derbes Gewebe eingebetteter, druckempfindlicher Tumor. (Descendierendes und durch Exsudatmassen fixiertes Ovarium?) Das Allgemeinbefinden der Patientin ist andauernd schlecht. Am 3. Oktober wird sie etwas gebessert zur weiteren Behandlung ins Krankenhaus ihrer Heimat entlassen.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii proliferum colloides.

64. A. G., 64jährige Besitzerfrau. Linksseitige Cyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 9. Oktober 1891. Patientin hat 6 normale Puerperien, das letzte vor 21 Jahren, durchgemacht. Seit $1^1/_2$ Jahren merkt sie eine Anschwellung des Leibes, welche allmählich grösser geworden ist. Seit 14 Tagen bestehen Schmerzen in der linken Seite. — Abdomen aufgetrieben, wie im 7. Monat der Gravidität. In demselben ein kugliger, gut beweglicher Tumor von glatter Oberfläche, welcher deutlich fluctuiert. — Am 11. Oktober Ovariotomie. Der Stiel kommt aus dem linken Parametrium. — Die Heilung nimmt einen normalen Verlauf. Am 26. Oktober Entlassung.

Path.-anatom. Diagnose: Cystoma ovarii colloides.

65. A. K., 32jährige Gutsbesitzerfrau. Linksseitige Parovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 9. Oktober 1891. Patientin ist seit 7 Jahren verheiratet und hat 4 normale Puerperien, das letzte vor einem Jahr, durchgemacht. Ihr Leiden datiert angeblich aus der ersten Schwangerschaft. Der Leib war ungewöhnlich aufgetrieben. Ein halbes Jahr nach der Entbindung wurden durch Punction etwa 6 Liter einer klaren, grünlichen Flüssigkeit entleert. Im Januar d. J. musste wiederum punctiert werden. Seitdem ist der Leib wieder angeschwollen. Patientin fühlt sich sehr matt und hat ziehende Schmerzen in der linken Seite des Leibes. — Abdomen aufgetrieben wie im 7. Monat der Gravidität. Man fühlt einen runden fluctuierenden Tumor von glatter Oberfläche. Der Uterus anteflectiert und nach rechts verlagert; im linken Parametrium spannt sich ein zum Tumor ziehender Strang. — Am 11. Oktober Laparotomie. Man findet eine schlaffe

Cyste von schön blauer Farbe, deren Wand ein Netzwerk feinster Gefässe aufweist. Der Stiel entspringt aus dem linken Parametrium. — Die Heilung erfolgt ohne Störung. — Am 25. Oktober Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Parovarialcyste.

66. F. Sch., 32jährig, unverheiratet. Linksseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 19. Oktober 1891. Patientin bemerkt seit 4 Jahren eine Anschwellung des Leibes, seit einem Monat stellten sich Schmerzen in der linken Seite des Leibes und Urindrang ein. — Bei der ziemlich kleinen, schlecht genährten Patientin ist das Abdomen stark aufgetrieben und bietet grosswellige Fluctuation dar. Ein Tumor auch bei combinierter Untersuchung durch die straffen Bauchdecken nicht durchzufühlen. — Am 21. Oktober Laparatomie. Der Stiel der colloiden Inhalt entleerenden Cyste stammt aus dem linken Parametrium. — Die Heilung verläuft ohne Störung. Am 10. November Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Cystoma ovarii colloides; in der Cystenwand eine zweikammerige Dermoidcyste, deren Inhalt aus butterähnlichem Fett, vermischt mit Haarbüscheln, besteht.

67. A. D., 35jährige Gutsbesitzerfrau. Linksseitige vielkammerige Tubarcyste. Rechtsseitiger Pyosalpinx. Lange Reconvalescenz infolge intercurrierender Influenza.

Aufgenommen den 22. Oktober 1891. Patientin ist seit 15 Jahren verheiratet; in den beiden ersten Jahren der Ehe hat sie 2 Puerperien durchgemacht; beim zweiten wurden Zwillinge im 8. Monat geboren, welche bald starben; das Wochenbett dauerte 4 Wochen. Darnach kamen noch 2 Aborte im 3. Monat. Das jetzige Leiden begann vor 8 Jahren mit Schmerzen im Unterleib Jedoch erst im Juni d. J. hat sie eine abnorme Auftreibung des Leibes bemerkt. Sie pflegte meist im Sommer 2 Monate lang unter Schmerzen im Unterleib krank zu liegen. In diesem Jahre sind die Schmerzanfälle im Juni und September aufgetreten. — Das Abdomen der sonst gesunden Frau stark aufgetrieben und ausgefüllt von einem gross-

knolligen, fluctuierenden, gut beweglichen Tumor, welcher bis zum Rippenbogen hinaufreicht. Bei der innern Untersuchung findet man den Fornix nach oben gezogen, die Portio verstrichen, den Uterus um 4 cm verlängert. Es wird wegen der eigentümlichen Beschaffenheit der Geschwulst ein Myoma uteri angenommen und die Operation beschlossen. Am 31. Oktober Laparotomie bei Hochlagerung des Beckens. Man findet links eine vielkammerige Tubarcyste, welche das lig. latum entfaltet und kolossal ausgedehnt hat. Der Inhalt der verschiedenen Cysten war teils serös, teils sanguinolent, teils lehmig trübe. Nach reichlicher Unterbindung der dicken Gefässe in der Kapsel wird der ligamentöse Sack, dessen Wand uterine Structur zeigt und 1 cm dick ist, gespalten und das Cystenconvolut mit grosser Mühe herausgeschält. Die stark blutenden durchrissenen Adhäsionen mussten teils umstochen, teils übernäht werden. Rechts vom Uterus liegt im lig. latum ein faustgrosser Tumor, welcher sich als erweiterte Tube herausstellt. Der Inhalt besteht aus einem dünnflüssigen, eitrigen Fluidum von üblem Geruch. Die Wand war durchgängig 2 cm dick, die Innenfläche von rotgesprenkelter Oberfläche. Unterbindung und Herausschälung des Tumor; Toilette des Peritoneum; Schluss der Bauchwunde. — In den ersten 14 Tagen normaler Verlauf. Reactionslose Heilung der Bauchwunde per primam. Dann entwickelt sich unter Fiebererscheinungen ein schweres Allgemeinleiden, das als Influenza aufgefasst wird. Besonders traten schwere Erscheinungen von Seiten des Digestionstractus auf, wie Erbrechen, profuse Diarrhoeen. Der Kräfteverfall war mehrmals recht bedrohlich. In leidlichem Wohlbefinden konnte Patientin am 9. Januar 1892 entlassen werden.

68. A. K., 58jährige Schlosserfrau. Rechtsseitige zweikammerige Dermoidcyste. Heilung durch einen Bauchdeckenabscess etwas verzögert.

Aufgenommen den 25. October 1891. Patientin hat in 35 jähriger Ehe 12 normale Puerperien durchgemacht, das letzte Wochenbett (vor 16 Jahren) verlief fieberhaft. Seit der letzten Entbindung ist der Leib aufgetrieben. Vor einem Jahr traten in der rechten Seite des Leibes Schmerzen auf, und Patientin musste 2 Monate lang zu

Bett liegen. Im Juni d. J. wurden durch Punction 2 Liter klare Flüssigkeit entleert. — Das Abdomen unregelmässig aufgetrieben durch einen grossknolligen, fluctuierenden Tumor von glatter Oberfläche. — Derselbe wird am 31. October durch Ovariotomie entfernt. Einige Adhäsionen mit der Bauchwand und dem Netz. Der daumendicke Stiel kommt aus dem rechten Parametrium. — Es tritt reactionslose Heilung per primam ein. Später entwickelt sich ein Bauchdeckenabscess, welcher spontan perforiert. Am 8. December Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Zweikammerige Dermoidcyste, deren Inhalt aus einer schmierigen, grützigen Masse, zusammengeballten Haaren und Zähnen besteht.

69. M. St., 53jährige Lehrerfrau. Linksseitige sarcomatös degenerierte Ovarialcyste (Recidiv). Operation ohne Schwierigkeit. Heilung ungestört.

Aufgenommen den 16. Oktober. Patientin hat zwölf normale Puerperien und einen Abort durchgemacht. Seit der letzten Entbindung im Jahre 1883 fühlt sie sich nicht ganz gesund. Es traten Schmerzen im Leibe und im Kreuz und reichliche, bis 14 Tage lang dauernde Menstruationsblutungen auf. In der hiesigen Klinik wurde im Februar 1886 ein dem fundus uteri breitbasig aufsitzender Tumor gefunden und als Fibrom behandelt. Danach fühlte sich Patientin längere Zeit wohl. Zum zweiten Male suchte sie im Juli 1888 die Klinik auf. Man fand vom kleinen Becken aufsteigend einen knolligen Tumor von allgemein weicher Beschaffenheit, stellenweise fluctuierend. Derselbe stellte sich als eine linksseitige vielkammerige Ovarialcyste heraus, deren Exstirpation keine Schwierigkeit machte. Die Heilung nahm einen ungestörten Verlauf. Seitdem hat sich Patientin bis zum Juli dieses Jahres wohl gefühlt. Damals traten kolikartige Schmerzen im Leibe und hartnäckige Stuhlverhaltung auf. Letztere wich allmählich nach Application von Wassereinläufen in den Darm. Seitdem besteht Stuhlträgheit, Urindrang und schmerzhafte Urinentleerung. — Das Abdomen der im übrigen gesunden Frau ist in seinen unteren Partieen mässig stark aufgetrieben. Beim Pressen wölbt sich in der Mitte eine zwei faustgrosse Partie hernienartig hervor (Diastase der

recti). Aus dem kleinen Becken aufsteigend bis handbreit über die Symphyse aufsteigend ein Tumor fühlbar von harter Consistenz und glatter Oberfläche. Bei der innern Untersuchung fühlt man vom hinteren Scheidengewölbe einen harten Tumor, der besonders rechts kleine Knollen zeigt. Derselbe ist ganz unbeweglich und gegen die Seitenwand des Beckens nicht abzugrenzen. Der Uterus um 3 cm verlängert, nach rechts und vorn gedrängt. Der Urin enthält starkes Eitersediment. Es wird ein maligner Tumor (Sarcom) des Uterus angenommen. Bei der Untersuchung in Narcose zeigt sich, dass eine geringe Beweglichkeit der Geschwulst von oben nach unten vorhanden ist. — Am 2. Juli Laparotomie. Hochlagerung des Beckens. In die Bauchwunde stellt sich ein braunroter Tumor ein, über dessen Oberfläche gänsekieldicke Gefässe verlaufen. Nach Durchtrennung der Kapsel zeigt es sich, dass eine prall gespannte Cyste vorliegt. Nach Herausschälung derselben kommt man auf einen zweiten Cystensack, welcher durch einen fingerdicken Stiel mit dem linken Parametrium zusammenhängt. Beide Cysten waren sehr prall gespannt und hatten sich im lig. latum, letzteres stark ausdehnend, entwickelt. Die nach oben gelegene Cyste hatte an ihrem unteren Pol zottige, in das Cystenlumen hineinragende Auswüchse, zweifellos maligner Natur. Doch ist die Totalexstirpation gelungen. — Der weitere Verlauf zeigte keine Störungen.

Path.-anatom. Diagnose: Sarcomatös degenerierte Ovarialcyste.

70. E. H., 29jährige Panoramabesitzerfrau. Grosse rechtsseitige Ovarialcyste. Axendrehung des Stieles. Ein Bauchdeckenabscess verzögert die Heilung.

Aufgenommen den 28. Oktober 1891. Patientin hat 3 Puerperien durchgemacht, das letzte vor $1\frac{1}{2}$ Jahren. Die erste Geburt dauerte 3 Tage, das Wochenbett war fieberhaft und dauerte 6 Wochen. Seit der letzten Entbindung bemerkt Patientin eine Anschwellung des Leibes, welche in letzter Zeit zugenommen und Schmerzen verursacht hat. — Das Abdomen der kleinen mageren Frau sehr stark aufgetrieben durch einen grossen fluctuierenden Tumor von glatter Oberfläche. — Es werden

durch Punction $3\frac{1}{2}$ Liter einer grünlichen, fadenziehenden Flüssigkeit entleert. Durch die erschlafften Bauchdecken fühlt man eine Menge kleinerer Knollen. Am 2. November Ovariotomie. Die vordere Wand der Geschwulst ist mit der Bauchwand locker verwachsen. Der aus dem rechten Parametrium kommende Stiel ist einmal um seine Axe gedreht. Die Bauchwunde heilt per primam. Später bildet sich in den Bauchdecken ein Abscess, welcher spontan durchbricht. Am 12. Dezember Entlassung.

Path.-anat. Diagnose: Mannskopfgrosse Colloidcyste des Ovarium mit einer Anzahl erbsen- bis apfelgrosser Nebencysten.

71. B. L., 25jährige Schneiderin, unverheiratet. Doppelseitige Dermoidcyste. Heilung durch intercurrierende Influenza etwas verzögert.

Aufgenommen den 10. November 1891. Patientin hat als junges Mädchen an Bleichsucht gelitten. Seit 2 Jahren klagt sie über Schmerzen im Unterleib, besonders während der Periode. Letztere ist sehr unregelmässig, meist anteponierend. Im Februar d. J. lag sie 4 Wochen krank an „Unterleibsentzündung.“ Seitdem eitriger Ausfluss aus der Scheide und Schmerzen bei der Urinentleerung. — Ziemlich grosse, kräftig gebaute Patientin. Oberhalb der Symphyse prominieren die Bauchdecken mit seichten Erhebungen fast symmetrisch zur Mittellinie. Diesen Erhebungen entsprechen zwei etwa apfelgrosse Tumoren von prall elastischer Consistenz und von der Gestalt einer transversal liegenden Spindel. In der Mitte zwischen beiden Tumoren eine vermehrte Resistenz. An den Ausführungsgängen der Bartholini'schen Drüsen rote Maculae. Papillarhypertrophie der Scheidenschleimhaut. Der Uterus, anteflectiert zwischen beiden Tumoren liegend, beweglich. Bei der combinierten Untersuchung fühlt man die Tumoren als spindelförmige Körper, welche mit einem Strang an den nicht vergrösserten Uterus herangehen. Mit Rücksicht auf die Gonorrhoe wird doppelseitiger Pyosalpinx angenommen. Am 14. November Laparotomie bei Hochlagerung des Beckens. Man findet eine doppelseitige Dermoidcyste. — Die Heilung wird durch einen leichten Influenzaanfall

und einen kleinen Bauchdeckenabscess etwas verzögert. Am 10. Dezember Entlassung.

72. E. D., 20jährige Kellnerin. Rechtsseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 23. November 1891. Die Krankheit begann vor 3 Jahren mit einer Anschwellung des Leibes und 6 Wochen lang dauernden Schmerzen im Leibe. Die Schmerzen kehrten von Zeit zu Zeit wieder. — Kleine kräftig gebaute Person. Über der rechten Lungenspitze hört man Rhonchi sonori et sibilantes. Das Abdomen aufgetrieben wie im 7. Monat der Schwangerschaft Man fühlt einen fluctuierenden Tumor, dessen Contouren wegen der straffen Bauchdecken nicht abzutasten sind. Am 28. November Laparotomie. Der Tumor stellt sich als eine einkammerige Cyste mit hellem, viscidem Inhalt heraus. Lockere Verwachsungen mit den Bauchdecken und dem Netz. Der Stiel kommt aus dem rechten Parametrium. — Trotz des ausgedehnten Lungenkatarrhs treten bei der Heilung keine Störungen auf. Am 12. Dezember Entlassung.

73. D. H., 55jährige Fleischerwittwe. Grosse rechtsseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 29. Dezember 1891. Patientin hat 3 normale Puerperien, das letzte vor 29 Jahren, durchgemacht. Seit 7 Jahren, Menopause. Vor 4 Jahren merkte sie eine Anschwellung der rechten Seite des Leibes, welche allmählich zunahm. In den letzten 14 Tagen bestehen heftige Schmerzen und Urindrang. — Das Abdomen der mittelgrossen, kräftig gebauten Frau ist sehr stark aufgetrieben. Grösster Leibesumfang 119 cm; Entfernung vom Schwertfortsatz zur Symphyse 52 cm. Auftreibung bedingt durch einen grossen fluctuierenden Tumor von harter Consistenz und glatter Oberfläche. In der Nabelgegend deutliches Schneeballenknirschen. Der Uterus ist nach rechts verdrängt und verlängert; das vordere Scheidengewölbe ausgefüllt von einem harten, unebenen Tumor. — Am 4. Januar 1892 Ovariotomie. Die übermannskopfgrosse Cyste besteht in ihrem unteren Abschnitt aus soliden, festen Massen. Der ziemlich dünne, lange Stiel führt zum rechten lig.

latum. Beim Schluss der Bauchwunde wird zugleich die Radicaloperation einer kleinen Nabelhernie gemacht. — Die Heilung nimmt einen normalen Verlauf. Am 20. Januar 1892 Entlassung.

74. A. K., 25jährige Pfarrersfrau. Linksseitige Ovarialcyste. Glatte Heilung.

Aufgenommen den 20. Januar 1892. Patientin ist seit 9 Jahren verheiratet und hat 5 normale Puerperien, das letzte vor 5½ Wochen, durchgemacht. Zwischen dem ersten und zweiten Kinde war eine Pause von 2½ Jahren. In dieser Zeit keine Periode; auch später waren die menses unregelmässig. Schon nach der ersten Entbindung wurde von einem Arzte eine Ovarialcyste gefunden. Jedoch traten erst in der letzten Schwangerschaft Beschwerden auf, so dass zweimal punctiert werden musste. — Das Abdomen der im übrigen gesunden Frau misst in Nabelhöhe 94 cm. In demselben eine Cyste von schlaffen Wandungen, grosswellig fluctuierend und mässig verschieblich, deren Kuppe den Nabel 4 Finger breit überragt. — Die Cyste wird am 23. Januar durch Ovariotomie entfernt. Der aus dem linken Parametrium kommende Stiel ist um seine Axe gedreht. Die Heilung nimmt einen ungestörten Verlauf.

75. J. Sch., 64jährige Sekretärwittwe. Carcinomatös degenerierte Cyste. Unvollständige Exstirpation. Heilung durch oberflächliche Eiterung nicht wesentlich gestört.

Aufgenommen den 19. Januar 1892. Patientin hat 3 normale Puerperien durchgemacht. Seit einigen Jahren leidet sie an habitueller Obstipation; seitdem will sie eine Verhärtung im Leibe bemerkt haben. Von einem kürzlich consultierten Arzt wurde ein Abdominaltumor festgestellt. — Das Abdomen aufgetrieben wie im 6. Monat der Gravidität; in demselben ein vom kleinen Becken aufsteigender, bis über den Nabel reichender, beweglicher Tumor von harter Consistenz. — Am 23. Januar Laparotomie. Aus der Bauchhöhle quillt graubräunliche, trübe Flüssigkeit; einige Dünndarmschlingen stark gerötet. Es besteht Verdacht auf einen malignen Tumor. Die — wie es sich herausstellte —

carcinomatös degenerierte Cystenwand ist sehr morsch und brüchig. Es gelingt nicht, einen Stiel zu bilden; es muss daher ein Teil des Cystensackes versenkt werden. — In den ersten Tagen häufiges Erbrechen; doch erholt sich Patientin recht gut. Einige Stichkanäle vereiterten. Im übrigen normaler Verlauf.

76. A. K., 27jährige Eigenkäthnerfrau. Grosse linksseitige Cyste. Normaler Verlauf.

Aufgenommen den 19. Januar 1892. Patientin hat 4 normale Puerperien, das letzte vor $1\frac{1}{2}$ Jahren, durchgemacht und vor 10 Tagen einen Abort im 5. Monat. Nach der letzten Entbindung ist der Leib nicht abgeschwollen. Vor 5 Wochen sind angeblich 30 Liter einer fadenziehenden Flüssigkeit durch Punction entleert. — Bei der kleinen schwächlichen Frau ist das Abdomen sehr stark aufgetrieben. Grösster Leibesumfang 105 cm. Im ganzen Leibe grosswellige Fluctuation. Percussionsschall gedämpft, in den abhängigen Partieen tympanitisch. Der Uterus anteflectiert, nach rechts verlagert, um 7 cm verlängert. — Am 23. Januar Laparotomie. Ausgedehnte Verwachsungen mit der Bauchwand und dem grossen Netz. Der vom linken Parametrium kommende, daumendicke Stiel wird in zwei Portionen unterbunden. Der Tumor, eine multiloculäre Colloidcyste, wird vor dem Herausschälen angeschnitten und seines Inhalts entleert. — Der weitere Verlauf wird durch keinen Zwischenfall gestört.

77. M. Sch., 26jährige Krämerfrau. Linksseitige Parovarialcyste. Bisher normaler Verlauf.

Aufgenommen den 17. Januar 1892. Patientin hat noch nie menstruiert und ist seit einem Jahre steril verheiratet. Vor 9 Monaten bemerkte sie eine geringe Anschwellung des Leibes, welche bis vor 3 Monaten wuchs, seitdem unverändert ist. In den letzten 6 Monaten konnte sie aus der rechten Brustdrüse Secret ausdrücken; auch will sie „klappende“ Bewegungen im Leibe verspürt haben. — Kleine, gracile Frau. Im Gesicht chloasmata uterina. Brüste schlaff; aus der rechten Drüse lässt sich etwas milchiges Secret ausdrücken. Abdomen mässig aufgetrieben. Die Percussion ergiebt in den mitt-

leren unteren Partien, bis etwas über den Nabel reichend eine Zone relativer Dämpfung mit nach oben convexem Rande. Im Bereich dieser Zone eine vermehrte Resistenz und Fluctuation, etwa wie von einer schlaff gefüllten Blase. Dahinter kommt man auf eine hauptsächlich rechts gelegene harte Geschwulst, welche aus dem kleinen Becken zu kommen scheint. Durchs linke Scheidengewölbe fühlt man eine teigige Resistenz. -- Am 30. Januar Laparotomie bei hochgelagertem Becken. Man findet eine dünnwandige Cyste mit wasserhellem Inhalt, welche sich als Parovarialcyste erweist und breitbasig mit dem linken lig. latum in Verbindung steht. — Der weitere Verlauf bietet nichts abnormes.

78. F. W., 64jährige Oberrossarztwittwe. Linksseitige vielkammerige Cyste. Bisher normaler Verlauf.

Aufgenommen den 29. Januar 1892. Patientin hat 2 normale Geburten, die letzte vor 37 Jahren, durchgemacht. Seit 12 Jahren Menopause. Ihr jetziges Leiden begann schon vor 20 Jahren und bestand in öfters auftretenden Schmerzen im Unterleib und in Kurzatmigkeit. Erst vor 8 Tagen wurde von einem Arzte (ihrem Sohne) eine Geschwulst im Leibe bemerkt. — Kleine, schwächliche Frau. Ausgedehntes Lungenemphysem. Abdomen stark aufgetrieben und grosswellige Fluctuation darbietend. In den Hypochondrien und den abhängigen Partien des Leibes ist der Percussionsschall tympanitisch, sonst gedämpft. — Bei der Laparotomie am 30. Januar findet man eine vielkammerige Cyste, deren Stiel aus der linken Beckenhälfte stammt. Die Operation bietet keine Schwierigkeit. — Patientin verträgt die Folgen der Operation auffallend gut. Einige Stichkanäle vereiterten. Im übrigen normaler Verlauf.

79. W. Sp., 53jährige Arbeiterfrau. Linksseitige Parovarialcyste. Torsion des Stieles. Bisher normaler Verlauf.

Aufgenommen den 3. Februar 1892. Die Periode trat bei der Patientin seit dem 16. Jahre in zweiwöchentlichen Intervallen bei achttägiger reichlicher Blutung auf. Vor 12 Jahren blutete Patientin 1 Jahr

lang ununterbrochen. Seit $1/_2$ Jahr bestehen Schmerzen in der linken Seite des Leibes, welche in letzter Zeit intensiver geworden sind. — Kleine, schlecht genährte Frau. Emphysema pulmonum. Abdomen aufgetrieben wie im siebenten Monat der Gravidität. In demselben ein glatter, leicht verschieblicher, fluctuierender Tumor, welcher durch einen leicht fühlbaren Strang mit der linken Beckenhälfte in Verbindung steht. — Bei der Laparotomie am 6. Februar findet man eine blauschimmernde Cyste mit feiner Gefässverteilung und wasserklarem Inhalt, welche sich als Parovarialcyste ausweist. Der sehr lange Stiel ist dreimal um seine Axe gedreht. An zwei Stellen finden sich Blutunterlaufungen. — Der weitere Verlauf bietet nichts abnormes.

80. C. K., 34jährige Gendarmfrau. Linksseitige Parovarialcyste. Bisher normaler Verlauf.

Aufgenommen den 12. Februar 1892. Patientin ist seit 1 Jahr steril verheiratet. Seit der Verheiratung leidet sie an Schmerzen in der rechten Seite des Leibes. Letzterer ist allmählich angeschwollen; die Schwellung nahm in den letzten Wochen stark zu. — Das Abdomen der sonst gesunden Frau ist eingenommen von einem grossen, fluctuierenden Tumor. Papillarhypatrophie der Scheidenschleimhaut. Der Uterus in anteflectierter Haltung retroponiert, nicht verlängert. — Bei der Laparotomie am 13. Februar findet man eine blauschimmernde Cyste mit wasserhellem Inhalt und daneben das intacte Ovarium — also eine Parovarialcyste. Zwischen der Cystenwand und der flexura sigmoidea besteht eine handbreite, von starken Gefässen durchzogene, feste Verbindung und zwar so, dass zwischen Stiel und Adhäsionsband keine Lücke vorhanden ist. Das Band samt dem Stiel wird in 5 Portionen mit Seide unterbunden und durchtrennt. — Der seitherige Verlauf bietet nichts abnormes dar.

Wir finden somit unter den 80 Ovariotomieen 4 tötlich endende Fälle, was einer Mortalität von 5% entsprechen würde. Berücksichtigen wir dabei noch die von Dobczynski veröffentlichten 100 Fälle, so erhalten wir für die in $8^1/_2$ Jahren in der hiesigen gynäkologischen Klinik ausgeführten 180 Operationen von Ovarialcysten eine Gesamtmortalität von 8 Fällen, also 4,5%, was wohl als ein erfreuliches Resultat bezeichnet werden kann. Unter den 4 letal endenden Fällen der Dobczynskischen Publication findet sich nur einer, bei welchem als Todesursache eine nachweislich im Anschluss an die Operation sich entwickelnde Peritonitis infectiöser Natur sich ergab. Von den übrigen Patientinnen starb eine ältere Frau an einer ausgedehnten Thrombose der Venen der unteren Extremitäten, eine andere an den Folgen eines acuten Ileus; im letzten Falle endlich, der nicht zur Section kam, hatte wahrscheinlich ein acutes Lungenödem den letalen Ausgang herbeigeführt.

Bei den hier in Frage kommenden 4 Operationen mit tötlichem Ausgang lagen von vorneherein recht schwierige Verhältnisse vor.

Im ersten Falle (3) hatte man sich nicht ohne Bedenken dazu entschliessen können, die 60jährige, in der Ernährung heruntergekommene und entkräftete Frau den Gefahren einer eingreifenden Operation auszusetzen. Schon auf dem Operationstisch fand man grosse Mengen colloider Massen in der Bauchhöhle und am Peritoneum die Erscheinungen schon längere Zeit bestehender Entzündung. Die lange Dauer der Operation sowie die bei der Reinigung des Bauchfelles unvermeidliche Zerrung

der Intestina müssen für den Shok der Patientin verantwortlich gemacht werden. Den Hauptanteil jedoch an der Todesursache hat die bei der Obduction als einzige Organveränderung gefundene ausgedehnte Peritonitis. Ob letztere als durch Infection bedingt oder ausschliesslich durch den Reiz der in der freien Bauchhöhle befindlichen Cystenflüssigkeit entstanden, aufgefasst werden darf, bleibt unentschieden. Das Krankheitsbild freilich bot nicht die Erscheinungen der acuten Sepsis dar.

Im anderen Falle (5) handelt es sich um eine infolge des Leidens sehr heruntergekommene Frau, welche gleichfalls am dritten Tage unter den Erscheinungen zunehmenden Collapses zu Grunde ging. Die Todesursache ist hier wohl — namentlich mit Rücksicht auf den ziemlich negativen Obductionsbefund — in Herzschwäche zu suchen. Das Herz der recht decrepiden Frau war den infolge der gewaltigen Circulationsveränderungen an dasselbe gestellten Anforderungen nicht gewachsen; es hatte gewissermassen eine Verblutung in die Abdominalgefässe hinein stattgefunden. — Die dritte Patientin (Fall 40) starb erst nach mehreren Monaten an erschöpfenden Säfteverlusten und einer gleichzeitig bestehenden Erkrankung der Nieren. Es war hier wegen unlöslicher Verwachsungen die Cyste reseciert und der Stumpf in die Bauchwunde eingenäht worden. Die profuse, zuweilen putride Secretion aus der Abdominalwunde im Verein mit dem Allgemeinleiden führten zum unaufhaltsamen Verfall der Kräfte. Der in mancher Beziehung etwas dunkle Fall konnte, da die Section nicht gestattet wurde, leider nicht in befriedigender Weise aufgeklärt

werden. — Viel klarer liegt Fall 46, in welchem ein grosser Tumor bei einer Frau entfernt wurde, welche schon Jahre lang an Herzklopfen und Beängstigungen litt und die mit ausgesprochener Dyspnoe und Unregelmässigkeit der Herzthätigkeit sich zur Operation stellte. Die Frau kam am 11. Tage nach der Operation, nachdem es ihr bis dahin recht gut ergangen war, sehr plötzlich unter den Symptomen der Herzinsufficienz ad exitum. Da, wie die Autopsie zeigte, sehr schwere Veränderungen lebenswichtiger Organe vorhanden waren, so musste ein 10tägiges Krankenlager in andauernder Rückenlage und bei knapper Diät einen sehr schweren Eingriff darstellen, und die Erfolglosigkeit der Therapie erscheint vollkommen verständlich.

Bei den übrigen 76 Operierten trat in 55 Fällen keine nennenswerte Störung der Reconvalescenz ein.

In 7 Fällen wurde die Heilung durch oberflächliche Eiterung in geringem Grade verzögert; in zwei anderen war eine Cystitis und ein parametritisches Exsudat von störendem Einfluss. Bei einer anderen Patientin bildete sich nach der Ovariotomie eine Entzündung der varicös erweiterten Venen des Unterschenkels aus, welche aber bald vorüberging. Die Reconvalescenz wurde hier noch gestört durch ein pleuritisches Exsudat, welches jedoch ebenso wenig wie bei einer anderen Operierten besorgniserregende Symptome machte. In Fall 54 exacerbierte ein schon vor der Operation bestehender Lungenkatarrh; eine zweckmässige Behandlung war aber imstande, die Gefahren dieser bedenklichen Complication zu beseitigen. Zwei Frauen erkrankten nach der Operation an der Influenza; bei der

einen wurde hierdurch die Reconvalescens recht erheblich in die Länge gezogen. In Fall 34 (Mesenterialcyste) trat am 20. Tage Perforation eines abgekapselten intraperitonealen Blutergusses ein; der übrige Verlauf war normal. Zu einer bedenklichen Nachblutung kam es bei einer im 6. Monat graviden Frau (Fall 29). Man musste sich 5 Stunden nach der Operation zu einer nochmaligen Eröffnung des Abdomen entschliessen. Es stellte sich dabei heraus, dass der Stiel aus der Ligatur herausgeschlüpft war. Die Blutstillung gestaltete sich recht schwierig. Es ist wohl möglich, dass durch die wehenartigen Contractionen des Uterus, welche sehr bald nach der Operation sich einstellten, das Hinausschlüpfen aus der Ligatur begünstigt wurde. Jedenfalls mahnt dieser Fall von Nachblutung zu doppelter Vorsicht bei der Stielversorgung, zeigt aber auch andererseits, wie rasch entschlossenes operatives Handeln vom schönsten Erfolge gekrönt werden kann. — In Fall 45 endlich zog sich die Heilung ausserordentlich in die Länge, da wegen ausgedehnter Verwachsungen auf eine Radicaloperation verzichtet und die Verödung des Cystensackes durch Drainage nach aussen versucht werden musste.

Was die Operation selbst anbetrifft, so war dieselbe in den meisten Fällen ohne erhebliche Schwierigkeit ausführbar. In 18 Fällen bestanden ausgedehte Verwachsungen der Cyste mit den Nachbarorganen, wodurch das Isolieren der Geschwulst zum Teil ausserordentlich erschwert wurde. Hierbei musste in 6 Fällen auf eine radicale Entfernung des Tumors verzichtet werden; und zwar wurde viermal ein Teil des Cystensackes versenkt,

während in den beiden anderen Fällen der Rest der resecierten Cyste in die Bauchwunde eingenäht wurde. Unter diesen sechs der Operation grosse Schwierigkeit machenden Fällen kamen 2 ad exitum, die übrigen genasen zum Teil nach langem Krankenlager. Nur einmal musste die Operation wegen eines kurzen Anfalls von Chloroformasphyxie vorübergehend unterbrochen werden. — Mit einer Ausnahme unterzogen sich sämtliche Patientinnen zum ersten Male der Operation. In diesem einen Falle handelte es sich um eine 53jährige Frau, welcher vor 3 Jahren eine linksseitige Ovarialcyste exstirpiert worden war. Die Operation verlief ohne Störung; die Cyste sass wiederum links und war sarcomatös degeneriert. Bei zwei Frauen wurde der eigentlichen Radicaloperation Explorativincisionen vorausgeschickt. In 4 Fällen ging der Ovariotomie eine Punction des Abdomen voraus, da es geboten schien, der Kranken augenblickliche Erleichterung zu verschaffen; auch wollte man hierdurch allzu brüsken Circulationsschwankungen, wie sie bei der plötzlichen Ausschaltung eines mächtigen Abdominaltumors zustande kommen, vorbeugen. — Bei der Operation lagen die Kranken meist in horizontaler Rückenlage Nur in 7 Fällen wurde von dieser Regel abgewichen, indem bei tief im Becken sitzenden Geschwülsten die von Trendelenburg vorgeschlagene Hochlagerung des Beckens zur Anwendung kam. Die Kuppe der Geschwulst stellte sich alsdann leicht in die Abdominalwunde ein. Nur in einem Falle war es erforderlich, den Tumor von der Vagina aus in die Höhe zu drängen. — Bei 3 Frauen wurde die Gelegenheit der

Laparotomie gleich dazu benutzt, um kleine Umbilicalhernien durch Radicaloperation zu beseitigen.

Eine besondere Besprechung erfordern 5 Cystenoperationen in Fällen mit beginnender maligner Degeneration. In drei Fällen konnte mit einiger Sicherheit angenommen werden, dass eine radicale Entfernung gelungen war. Dagegen fand man bei einem Cystom mit Fibrosarcomknoten in der Wandung bereits auf dem Peritoneum der Darmschlingen feinste Knötchen. In einem Falle endlich von carcinomatöser Degeneration der Cyste musste wegen mangelhafter Stielbildung ein Teil des Cystensackes zurückgelassen werden. Demgemäss dürfte hinsichtlich der Radicalheilung in den beiden letzten Fällen die Prognose nicht gerade günstig zu stellen sein.

Es seien dann noch einige Complicationen erwähnt, welche bei der Beurteilung des Krankheitsfalles von einer gewissen Bedeutung waren. In 9 Fällen war es infolge der bedeutenden Grösse der Cyste zur Hinaufdrängung des Zwerchfells und somit aus rein mechanischen Gründen zur Atemnot gekommen. Am hochgradigsten kam dieses Moment zur Geltung in Fall 55, wo der Leibesumfang 136 cm betrug und die unteren Lungengrenzen bis zum oberen Rande der 4 Rippe hinaufgedrängt waren. Es bestand obendrein noch ausgedehnter Bronchokatarrh; dennoch verliefen Operation und Reconvalescenz ohne Störung. Noch in zwei anderen Fällen waren Bronchitis und alveoläres Lungenemphysem als unerfreuliche Complicationen vorhanden, ohne dass sich ein störender Einfluss bemerklich machte. Dagegen ging eine an Mitralstenose leidende Patientin unter den Erscheinungen der Herz-

insufficienz zu grunde. Erwähnenswert sind dann noch 2 Fälle, bei denen vor der Operation eine Torsion des Stieles diagnosticiert werden konnte. In Fall 10 machten sich Erscheinungen beginnender septischer Infection geltend. Es wurde bei einer Morgentemperatur von 39,7 zur Operation geschritten und dabei eine zweimalige Axendrehung des Stieles und eine vereiterte Dermoidcyste gefunden. Die Operation hatte hier direct lebensrettend gewirkt. Im anderen Falle (49) stellten sich sehr plötzlich Schmerzen im Leibe ein; die Körpertemperatur wurde fieberhaft. Die Diagnose einer Torsion wurde auf dem Operationstisch bestätigt.

Die relativ häufige Complication von Ovarialtumoren mit Schwangerschaft konnte 3mal beobachtet werden. In allen Fällen wurde ohne Bedenken die Ovariotomie ausgeführt. Bei 2 Operierten war der Verlauf ein normaler, während die dritte (Fall 29) nach einigen Tagen abortierte. Der unerwünschte Ausgang des letzten Falles kann aber nicht überraschen. Es war hier durch die infolge der Nachblutung entstandene schwere Anämie der Mutter zu einem Absterben der Frucht gekommen. Es geht dies daraus hervor, dass vor der Operation noch die Herztöne gehört wurden. Da aber die am 10. Tage ausgestossene Frucht bereits Erscheinungen der Maceration zeigte, so musste der Tod sehr bald nach der Operation eingetreten sein. Dobczynski publiciert 4 Fälle von Ovariotomie bei graviden Frauen, wo die Heilung ohne alle Störung verlief. Es wurde mithin in 7 derartigen Fällen nur 1 mal Abort beobachtet, während das Leben der Mutter stets erhalten blieb. So beweisen

auch diese wenigen Fälle, dass bei bestehender Gravidität der Ausführung der Ovariotomie durchaus keine Bedenken im Wege stehen. — Es konnte übrigens durch die Anamnese festgestellt werden, dass 3 Frauen trotz ihrer jahrelang bestehenden Ovarialcyste mehrmals rechtzeitige und normale Puerperien durchmachten. Freilich mussten in 2 Fällen während der Schwangerschaft wiederholte Punktionen vorgenommen werden. Nur in einem Falle wurde der Ovarialtumor die Veranlassung zu einem Abort im 5. Monat.

Was das Alter der Operierten anbelangt, so stand die jüngste im 15., die älteste im 69. Lebensjahre. Im einzelnen kamen zur Operation 5 im Alter zwischen 10 und 20 Jahren, 23 zwischen 20 und 30; 17 zwischen 30 und 40; 15 zwischen 40 und 50; 12 zwischen 50 und 60; 8 zwischen 60 und 70 Jahren.

Unter 63 Fällen — bei den übrigen fehlten hierüber in den Journalen die Angaben — war die Geschwulst sechsundzwanzigmal vom rechten, dreiunddreissigmal vom linken Parametrium ausgegangen; viermal wurden doppelseitige Cysten gefunden. In einem Falle war die für einen Ovarialtumor gehaltene Cyste vom Mensentrium ausgegangen; in einem anderen handelt es sich um eine cystische Erweiterung der Tube; dreizehnmal hatte das breite Mutterband den Ausgangspunkt für den Tumor abgegeben. In den übrigen 65 Fällen wurden Ovarialcysten im engeren Sinne operiert. Unter diesen fanden sich 6 Dermoidcysten, darunter 1 doppelseitige. In der überwiegenden Mehrzahl (52 Fälle) handelt es sich um glanduläre proliferierende Ovarialcystome; dabei war

zweimal doppelseitiger Sitz vorhanden. Bemerkenswert sind ferner 2 Cysten, in deren Wand kleine Dermoide gefunden wurden. Den Geschwülsten rein glandulärer Structur stehen zunächst 2 Cysten gegenüber, auf deren Innenwand papilläre Excrescenzen gefunden wurden. Es bleiben dann noch 5 Cysten mit mehr minder vorgeschrittener maligner Degeneration. In 2 Fällen war die Cystenwand, in einem derselben auch das Peritoneum von kleinen und kleinsten Fibrosarcomknoten besetzt. In Fall 69 prominierten auf der im übrigen glatten Cystenwand weich elastische Knoten, welche bei der mikroskopischen Untersuchung als aus kleinzelligem Sarcomgewebe bestehend sich erwiesen. In einem Falle von doppelseitiger Cyste (60) zeigten die soliden Gewebspartieen neben vorwiegend drüsenähnlicher Structur die Anfänge carcinomatöser Degeneration. Einen ähnlichen Befund bot Fall 75; nur war hier die Degeneration schon weiter vorgeschritten.

Zum Schluss sei es mir gestattet, Herrn Geheimrat Dohrn, meinem hochverehrten Lehrer, für die Anregung zu dieser Arbeit und die mir dabei zu Teil gewordene Unterstützung meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Nachtrag.

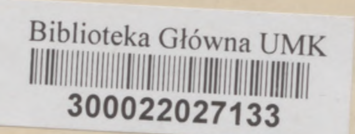
Am 21. Februar 1892 kam eine der zuletzt operierten Kranken (Fall 78) ad exitum. Bereits bei der Operation (am 30. Januar) war ein noch gut verschiebliches Carcinom der Mamma vorhanden; die Axeldrüsen waren nicht geschwollen. Es wurde somit unbedenklich zur Ovariotomie geschritten und die operative Beseitigung des Carcinom vorbehalten. Der Verlauf war anfangs normal; dann zeigten sich aber Symptome einer schweren Pneumonie, welche in wenigen Tagen zum Tode führte. Bei der Obduction fand man zahlreiche Krebsmetastasen in den Pleuren, doppelseitige Pleuritis, pneumonische Infiltration des rechten Unterlappens, Hypertrophie des rechten Ventrikels, ausgebreitete Arteriosclerose. Die Ovariotomie war somit an einer aus anderen Gründen unheilbaren Kranken ausgeführt worden.



Thesen.

1. Bei Abdominaltumoren verdient zu diagnostischen Zwecken die Explorativincision vor der Probepunction entschieden den Vorzug.

2. Bei der Schutzpockenimpfung ist die alleinige Anwendung der animalen Lymphe zu empfehlen.



Vita.

Ich, Rudolf Bandisch, Sohn des practischen Arztes Dr. Otto Bandisch †, wurde am 27. Mai 1867 zu Wehlau geboren. Meine Schulbildung erhielt ich auf dem Gymnasium zu Tilsit, welches ich Ostern 1886 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Ich widmete mich dem Studium der Medicin, und zwar zunächst ein Semester in Königsberg, dann vier Semester in Greifswald und von Michaelis 1888 ab wieder in Königsberg. Das tentamen physicum bestand ich am 9. März 1888 in Greifswald; am 19. Januar beendete ich in Königsberg das medicinische Staatsexamen. Am 23. Februar absolvierte ich das tentamen rigorosum.

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Docenten:

Budge †, J. Caspary, R. Caspary †, Chun, Dohrn, Falkenheim, Fränkel, v. Hippel, Holtz, Jaffe, Landois, Lichtheim, Limpricht, Lossen, Mikulicz, Michelson †, Möller, Münster, Nauwerck, Neumann, Pape, Pernice, Rinne, Samuel, Schirmer, Schreiber, Solger, Sommer, Treitel, Zander.

Allen diesen meinen hochverehrten Lehrern sage ich an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank.